

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE PER SOSTENERE PROGETTI DI VITA
INDIPENDENTE**

(ai sensi delle DGR 4138/20 – 4408/21 di Regione Lombardia – MISURA B2)

Al Comune di _____

IL RICHIEDENTE:

Il/la sig./ra (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ Prov. di _____ il _____

residente a _____ Prov. _____

in via _____ n° _____

codice fiscale _____

Tel. _____ email _____

In qualità di beneficiario, tutore, curatore, amministratore di sostegno

familiare (specificare _____), altro (specificare _____)

Per conto del **BENEFICIARIO** sotto riportato (compilare solo se si tratta di persona diversa dal richiedente)

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A A _____ PROV. _____ IL _____

RESIDENTE A _____ VIA _____ N° _____

PROV _____ TEL _____

CODICE FISCALE _____

CHIEDE

l'assegnazione del buono sociale per sostenere progetti di vita indipendente secondo quanto definito nell' "Avviso per l'assegnazione di buoni sociali per sostenere progetti di vita indipendente di persone con disabilità fisico-motoria grave o gravissima con capacità di esprimere la propria volontà, tra i 18 e i 64 anni, assistiti da un assistente personale regolarmente e autonomamente assunto" (ai sensi delle DGR 4138/20 – 4408/21 di Regione Lombardia – MISURA B2)

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA (Barrare una o entrambe le ipotesi)

- Che il/la beneficiario/a è in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992
- Che il/la beneficiario/a è in possesso dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988, come da certificazione allegata;

Che il valore ISEE **sociosanitario** in corso di validità è pari ad Euro _____
(indicare il n. protocollo INPS - ISEE _____)
rilasciato in data _____.

DICHIARA INOLTRE

(Per poter accedere alla misura è necessario rientrare in tutte le fattispecie sotto indicate)

- che il/la beneficiario/a **NON è accolto/a in via definitiva presso Unità d'offerta** sociale o sociosanitaria e/o **NON frequenta unità d'offerta** sociale o sociosanitaria semiresidenziale diurna;
- che il/la beneficiario/a **NON è accolto/a per un ricovero di sollievo**, superiore nell'anno a 60 giorni, in cui il costo totale del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- che il/la beneficiario/a **NON beneficia della Misura B1**;
- che il/la beneficiario/a **NON beneficia del Bonus per assistente familiare** iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015;
- che il/la beneficiario/a **NON beneficia del contributo per progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale assunto.**

Che il buono sociale erogato a favore del/la beneficiario/a verrà **utilizzato per sostenere le prestazioni di cura e supporto** fornite da:

| | |
|--|--|
| Cognome e nome dell'assistente personale assunto | |
|--|--|

Luogo, data _____ Firma del richiedente _____

Si allega (selezionare allegati al documento):

- Copia carta d'identità e codice fiscale del richiedente e del beneficiario (se persona diversa dal richiedente)
- Copia della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 o della documentazione attestante il possesso dell'indennità di accompagnamento
- Documentazione comprovante la regolarizzazione dell'assistente personale

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016.

Il sottoscritto _____ prende atto che ai sensi dell'art.13 del Regolamento Europeo 679/2016 i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi di cui al procedimento per il quale si rilasciano le dichiarazioni di cui sopra, come da informativa art. 7 del "Avviso per l'assegnazione di buoni sociali per sostenere progetti di vita indipendente di persone con disabilità fisico-motoria grave o gravissima con capacità di esprimere la propria volontà, tra i 18 e i 64 anni, assistiti da un assistente personale regolarmente e autonomamente assunto (ai sensi delle DGR 4138/20 – 4408/21 di Regione Lombardia – MISURA B2)

Luogo, data _____ Firma del richiedente _____