



**ALLEGATO 1**

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE FINALIZZATO A SOSTENERE I  
RICOVERI DI SOLLIEVO TEMPORANEI PER DISABILI GRAVI ED ANZIANI NON  
AUTOSUFFICIENTI**

**(ai sensi della misura b2 della DGR 2883/2014 di Regione Lombardia)**

Al Comune di \_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE:**

Il sig./la sig.ra (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_

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 contributo economico pari a € \_\_\_\_\_ per  
il ricovero di sollievo presso la seguente unità di offerta \_\_\_\_\_ con  
sede a \_\_\_\_\_

Per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Per tot n° di giorni \_\_\_\_\_

A tale 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 delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità,

## DICHIARA

**A) IN CASO DI MINORE DISABILE GRAVE:**

- Che il/la minore \_\_\_\_\_ è in possesso della certificazione di gravità rilasciata dalla Commissione Asl ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992 e della diagnosi funzionale con un livello di gravità grave/gravissimo, come da certificazioni allegate;
- Che il valore ISEE in corso di validità, riferito alle *“prestazioni agevolate di natura sociosanitaria”*, secondo quanto previsto dall’art. 7 D.P.C.M. n° 159/2013, è pari a Euro \_\_\_\_\_ come da certificazione ISEE allegata;

**B) IN CASO DI ADULTO DISABILE GRAVE:**

- Che il sig/la sig.ra \_\_\_\_\_ è in possesso della certificazione d'invalidità 100% rilasciata dall'Asl, come da certificazione allegata;
- Che il valore ISEE in corso di validità, riferito alle *"prestazioni agevolate di natura sociosanitaria"*, secondo quanto previsto dall'art. 6 comma 1 e 2 del D.P.C.M. n° 159/2013, è pari a Euro \_\_\_\_\_ come da certificazione ISEE allegata;

**C) IN CASO DI PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE:**

- Che il sig/la sig.ra \_\_\_\_\_ è in possesso della certificazione d'invalidità 100% rilasciata dall'Asl, come da certificazione allegata;
- Che il valore ISEE in corso di validità, riferito alle "*prestazioni agevolate di natura sociosanitaria*", secondo quanto previsto dall'art. 6 comma 1 e 2 del D.P.C.M. n° 159/2013, è pari a Euro \_\_\_\_\_ come da certificazione ISEE allegata;
- di essere a conoscenza del fatto che il Comune, ai sensi del D.P.R. 445/2000 art. 71, e s.m.i. potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità del contenuto delle dichiarazioni;
- che la modalità di erogazione del beneficio economico dovrà avvenire tramite accredito sul conto corrente;

NUMERO	DATA	DESCRIZIONE	VALORE
1	15/01/2023	...	...
2	22/01/2023	...	...
3	29/01/2023	...	...
4	05/02/2023	...	...
5	12/02/2023	...	...
6	19/02/2023	...	...
7	26/02/2023	...	...
8	05/03/2023	...	...
9	12/03/2023	...	...
10	19/03/2023	...	...
11	26/03/2023	...	...
12	02/04/2023	...	...
13	09/04/2023	...	...
14	16/04/2023	...	...
15	23/04/2023	...	...
16	30/04/2023	...	...
17	07/05/2023	...	...
18	14/05/2023	...	...
19	21/05/2023	...	...
20	28/05/2023	...	...
21	04/06/2023	...	...
22	11/06/2023	...	...
23	18/06/2023	...	...
24	25/06/2023	...	...
25	02/07/2023	...	...
26	09/07/2023	...	...
27	16/07/2023	...	...
28	23/07/2023	...	...
29	30/07/2023	...	...
30	06/08/2023	...	...
31	13/08/2023	...	...
32	20/08/2023	...	...
33	27/08/2023	...	...
34	03/09/2023	...	...
35	10/09/2023	...	...
36	17/09/2023	...	...
37	24/09/2023	...	...
38	01/10/2023	...	...
39	08/10/2023	...	...
40	15/10/2023	...	...
41	22/10/2023	...	...
42	29/10/2023	...	...
43	05/11/2023	...	...
44	12/11/2023	...	...
45	19/11/2023	...	...
46	26/11/2023	...	...
47	03/12/2023	...	...
48	10/12/2023	...	...
49	17/12/2023	...	...
50	24/12/2023	...	...
51	31/12/2023	...	...
52	07/01/2024	...	...
53	14/01/2024	...	...
54	21/01/2024	...	...
55	28/01/2024	...	...
56	04/02/2024	...	...
57	11/02/2024	...	...
58	18/02/2024	...	...
59	25/02/2024	...	...
60	03/03/2024	...	...
61	10/03/2024	...	...
62	17/03/2024	...	...
63	24/03/2024	...	...
64	31/03/2024	...	...
65	07/04/2024	...	...
66	14/04/2024	...	...
67	21/04/2024	...	...
68	28/04/2024	...	...
69	05/05/2024	...	...
70	12/05/2024	...	...
71	19/05/2024	...	...
72	26/05/2024	...	...
73	02/06/2024	...	...
74	09/06/2024	...	...
75	16/06/2024	...	...
76	23/06/2024	...	...
77	30/06/2024	...	...
78	07/07/2024	...	...
79	14/07/2024	...	...
80	21/07/2024	...	...
81	28/07/2024	...	...
82	04/08/2024	...	...
83	11/08/2024	...	...
84	18/08/2024	...	...
85	25/08/2024	...	...
86	01/09/2024	...	...
87	08/09/2024	...	...
88	15/09/2024	...	...
89	22/09/2024	...	...
90	29/09/2024	...	...
91	06/10/2024	...	...
92	13/10/2024	...	...
93	20/10/2024	...	...
94	27/10/2024	...	...
95			

INTESTATO/CO-INTESTATO A

BANCA

AGENZIA DI

CODICE IBAN

[illegible]



**SI IMPEGNA**

- a presentare documentazione comprovante la spesa sostenuta per il ricovero, senza la quale l'Azienda Speciale Consortile Medio Olona servizi alla persona non potrà erogare il contributo richiesto;
- a comunicare tempestivamente eventuali variazioni economiche che determinino la perdita del diritto alla concessione del contributo sociale;

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente o  
del responsabile dell'assistenza

\_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ prende atto che ai sensi dell'art.13 del D.Lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi a cui il procedimento, per il quale si richiede la dichiarazione di cui sopra.

In fede (firma) \_\_\_\_\_

Luogo, \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**Si allega:**

- Copia carta d'identità e codice fiscale del beneficiario e della persona richiedente (se diversa dal beneficiario);
- (Solo in caso di minore disabile) Copia certificazione di gravità ai sensi della L.104/92;
- (Solo in caso di minore disabile) Copia della diagnosi funzionale;
- Copia del certificato d'invalidità;
- Attestazione ISEE;
- Altra documentazione attestante particolare stato di bisogno e di fragilità
- Progetto Individuale di assistenza (PAI)
- Valutazione scale ADL e IADL
- Documentazione comprovante la spesa sostenuta per il ricovero (da presentarsi per la liquidazione del contributo)