



Azienda Speciale Consortile Galliano

Ufficio di Piano

Comuni di: Cantù, Capiago Intimiano, Carimate, Cermenate, Cucciago,
Figino Serenza, Novedrate, Senna Comasco

Allegato 1 Domanda di accesso alla Misura

Al comune di _____

**All'Ufficio di Piano
c/o Azienda Speciale Consortile Galliano**

**Misura B2 Anno 2019
Iniziativa in sostegno delle persone in condizione di disabilità grave e/o
non autosufficienti
D.G.R. n. 1253 del 12/02/2019_ Regione Lombardia**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il ____ / ____ / ____ e residente a _____

In via _____ n° _____

Codice fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefono _____ cell. _____

E mail _____

CHIEDE

Per sé

In qualità di caregiver / amministratore di sostegno / tutore di:

Nome: _____ Cognome: _____

nato/a a _____ Il ____ / ____ / ____ e residente a _____

In via _____ n° _____



Azienda Speciale Consortile Galliano

Ufficio di Piano

Comuni di: Cantù, Capiago Intimiano, Carimate, Cermenate, Cucciago, Figino Serenza, Novedrate, Senna Comasco

Il riconoscimento della misura B2 ai sensi della dgr 1253/2019, e l'erogazione del seguente strumento:

- Buono sociale mensile caregiver familiare
- Buono sociale mensile assistente personale
- Buono sociale mensile progetti di vita indipendente
- Voucher sociale per sostenere la vita di relazione di minori

DICHIARA

- Di non essere inserito in struttura residenziale

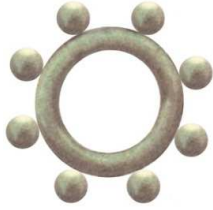
Di beneficiare delle seguenti misure, interventi, servizi:

- Reddito di Autonomia – Voucher anziani e disabili (ex. D.G.R. 7487/2017)
- Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex L.R. n. 15/2015
- Misura B1 (D.G.R. 1253/2019)
- Misura RSA aperta (ex D.G.R. 7769/2018)
- Interventi o sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti pubblici o da Enti previdenziali (es. INPS/Home Care Premium)
Specificare: _____

- Misura Dopo di Noi
- Frequenza servizi semiresidenziali (es. Centro Diurno, Centro Diurno Integrato, Servizio Formazione Autonomia, Centro Socio Educativo, Centro Diurno Disabili etc.)
- Servizio Assistenza Domiciliare (SAD)
- Assistenza Domiciliare Integrate (ADI)

Di beneficiare di altri servizi/interventi con costo totale o parziale a carico del Comune di residenza:

- _____
- _____
- _____
- _____



Azienda Speciale Consortile Galliano

Ufficio di Piano

Comuni di: Cantù, Capiago Intimiano, Carimate, Cermenate, Cucciago, Figino Serenza, Novedrate, Senna Comasco

Di allegare alla presente:

- Copia del Documento di identità del beneficiario e del richiedente la prestazione
- Verbale di invalidità civile
- Certificato di gravità ai sensi dell'art.3 legge 104/92
- Certificazione ISEE in corso di validità

Per la richiesta del "Buono sociale mensile assistente personale" e del "Buono sociale mensile progetti di vita indipendente"

- Copia del contratto di lavoro registrato stipulato con l'assistente personale (documento da consegnare contestualmente alla presentazione della domanda)

Per la richiesta del "Voucher sociale per sostenere la vita di relazione di minori"

- Documentazione della spesa sostenuta/da sostenere (fatture/preventivi).

SI IMPEGNA

A presentare presso il Comune di Residenza:

Per la richiesta del "Buono sociale mensile assistente personale" e del "Buono sociale mensile progetti di vita indipendente"

- Copia delle ricevute del pagamento dei contributi relativi ai mesi di aprile, maggio, giugno (la documentazione deve essere consegnata entro il 31 luglio) e ai mesi da luglio a dicembre (la documentazione deve essere consegnata entro il 20 gennaio 2020).

Per la richiesta del "Voucher sociale per sostenere la vita di relazione di minori"

- Copia della fattura relativa alla spesa sostenuta entro il 20 gennaio 2020.

CHIEDE

L'accredito del beneficio di cui sopra sul conto corrente intestato a:

N.B. Il beneficiario deve essere necessariamente intestatario o cointestatario del conto corrente.

