



# Ambito Territoriale di Carate Brianza

## Domanda per l'accesso all'assistenza diretta (Misura B2)

*Ai sensi della Deliberazione della Giunta regionale 2033 del 18/03/2024*

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata					

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### CHIEDE

di poter accedere alla misura di assistenza diretta

### Soggetto interessato

<input type="radio"/>	per sé stesso		
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o assistito		
In qualità di (*)			
Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

*In qualità di (\*):*

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale, amministratore di sostegno

### attualmente residente in

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
-----------	--------	-----------	--------	---------	---------	-------	-------	-----	-----

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

che la persona assistita

#### vive al domicilio

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								<input type="checkbox"/>	

#### Età dell'assistito

- ha meno di 18 anni
- ha più di 18 anni e meno di 65
- ha più di 65 anni compiuti

#### Condizione di gravità dell'assistito

- accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992;
- beneficia di indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988 oppure di indennità di frequenza in caso di minorenni

#### ISEE del nucleo

- ISEE inferiore a 25000,00 € (ISEE socio-sanitario in caso di adulti e anziani)
- ISEE inferiore a 40000,00 € (ISEE ordinario in caso di minore con disabilità)

#### Di non fruire di una delle seguenti misure

- dell'accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità)
- della Misura B1
- del contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato
- del ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale
- della presa in carico con Misura RSA aperta ex Deliberazione della Giunta regionale 17/01/2018, n. 7769
- della prestazione universale di cui gli artt. 34-36 D.Lgs. 29/2024
- dell'Home Care Premium/INPS HCP.

### DICHIARA INOLTRE

che l'assistito

- è iscritto al centro socio educativo (CSE)
- è iscritto al servizio di formazione all'autonomia (SFA)
- è iscritto al centro diurno disabili (CDD)
- è iscritto al centro diurno integrato (CDI)
- usufruisce del servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI)
- ha ricevuto la misura B2 lo scorso anno

### SI IMPEGNA

- a sottoporsi alla valutazione sociale o, qualora sia necessario, alla valutazione multidimensionale integrata Comune/ASST ai sensi della DGR 3719/2024, che può prevedere colloqui telefonici e/o visite domiciliari di operatori del Comune di residenza finalizzata alla corretta destinazione delle risorse previste nel progetto di intervento
- a comunicare qualsiasi variazione che interviene dal momento della presentazione della presente domanda delle condizioni dichiarate entro 30 giorni
- dichiaro di essere a conoscenza che riceverò tutte le comunicazioni inerenti questa domanda ed il bando FNA tramite l'indirizzo sotto indicato

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- scheda A.D.L.  
*(non necessaria per i minorenni)*
- scheda I.A.D.L.  
*(non necessaria per i minorenni)*
- documentazione attestante il godimento dell'indennità di accompagnamento di cui alla Legge 1102/1980, n.18 e successive modifiche/integrazioni con la Legge 21/11/1988, n.508 o indennità di frequenza nel caso di minorenni
- copia della certificazione attestante la condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della Legge 05/02/1992, n.104 oppure la documentazione attestante la presentazione dell'istanza di accertamento
- copia del documento di identità del beneficiario invalido se differente dal richiedente
- copia del verbale di invalidità
- copia della dichiarazione ISEE
- documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiaro di essere a conoscenza che il Regolamento UE 2016/679, in materia di Protezione dei Dati Personali, prevede la tutela della riservatezza dei dati personali relativi alle persone fisiche. I dati personali sono raccolti e trattati dall'Ambito di Carate Brianza esclusivamente per lo svolgimento di funzioni istituzionali inerenti il presente Avviso

Biassono

Luogo

Data

il dichiarante