



Arconate - Bernate Ticino - Buscate - Busto Garolfo - Canegrate - Cerro Maggiore
Castano Primo - Cuggiono - Dairago - Inveruno - Legnano - Magnago - Nerviano
Nosate - Parabiago - Rescaldina - Robecchetto Con Induno - S.Giorgio su Legnano
S.Vittore Olona - Turbigo - Villa Cortese - Vanzaghelo

MODULO DI DOMANDA MISURA B2 ANNO 2022 - AMBITO ALTOMILANESE

COMUNE DI _____

ASSISTENTE SOCIALE DI RIFERIMENTO: _____

INFORMAZIONI RELATIVE AL BENEFICIARIO:

COGNOME E NOME:	
NATO/A A:	IL
CODICE FISCALE:	
COMUNE DI RESIDENZA:	DOMICILIO (se diverso dalla residenza):
INDIRIZZO:	
TELEFONO:	MAIL:

INFORMAZIONI RELATIVE A CAREGIVER/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:

CAREGIVER FAMILIARE (NOME E COGNOME)	
GRADO DI PARENTELA RISPETTO AL BENEFICIARIO	
AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE (NOME E COGNOME)	
RECAPITO TELEFONICO	

INFORMAZIONI RELATIVE AL PROGETTO:

FINALITÀ della domanda (indicare il motivo principale):

- BUONO SOCIALE MENSILE FINALIZZATO A COMPENSARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ASSICURATE DA CAREGIVER FAMILIARE
- BUONO SOCIALE MENSILE FINALIZZATO A COMPENSARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ASSICURATE DALL'ASSISTENTE FAMILIARE
- BUONO SOCIALE MENSILE PER SOSTENRE PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE
- VOUCHER SOCIALE PER AVVIARE UN PROGETTO EDUCATIVO E SOCIALIZZANTE PER MINORENNI

ALTRI CONTRIBUTI/MISURE ATTIVE del candidato/nucleo familiare: (ESCLUSI EVENTUALI BENEFICI STRAORDINARI PER COVID 19)

- NESSUNO
- CONTRIBUTO ECONOMICO DA PARTE DEL COMUNE DI RESIDENZA PER FREQUENZA STRUTTURE DIURNE
- CONTRIBUTO ECONOMICO DA PARTE DEL COMUNE DI RESIDENZA
- LEGGE 112, DOPO DI NOI
- REDDITO DI CITTADINANZA (RDC)
- ADI
- SAD COMUNALE
- ALTRO (SPECIFICARE) _____

Capofila Ambito Alto Milanese: Azienda Sociale del Legnanese SO.LE., P.za San Magno 9 Legnano (20025) – MI
Sedi operative Ufficio di Piano:

Legnano, Via XX Settembre, 30 20025 Legnano (MI) – Tel. 0331.1816360
Castano Primo, Piazza Mazzini, 43 20025 Castano Primo (MI) – Tel: 0331.877298
Indirizzo@ ufficiodipiano@pianodizona-altomilanese.it
PEC: pdz@pec.pianodizona-altomilanese.it



Arconate - Bernate Ticino - Buscate - Busto Garolfo - Canegrate - Cerro Maggiore
Castano Primo - Cuggiono - Daligo - Inveruno - Legnano - Magnago - Nerviano
Nosate - Parabiago - Rescaldina - Robecchetto Con Induno - S.Giorgio su Legnano
S.Vittore Olona - Turbigo - Villa Cortese - Vanzaghello

BUDGET COMPLESSIVO RICHIESTO PER REALIZZARE IL PROGETTO:

N° MESI (MASSIMO 12 MESI) _____

IMPORTO TOTALE € _____

REQUISITI

1. IL BENEFICIARIO OPPURE L'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE DICHIARA DI ESSERE IN POSSESSO DI:
 - CERTIFICAZIONE DI DISABILITÀ GRAVE, RICONOSCIUTA AI SENSI DELL'ART. 3, C. 3 DELLA L. 104/92
 - CERTIFICAZIONE DI INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO
 - DI ESSERE IN ATTESA DEL RICONOSCIMENTO DI DISABILITÀ GRAVE, AI SENSI DELL'ART. 3, C. 3 DELLA L. 104/92

2. IL BENEFICIARIO OPPURE L'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE DICHIARA:
 - DI ESSERE IN POSSESSO DI UNA CERTIFICAZIONE ISEE 2022 PARI A € _____;
 - DI ESSERE IN ATTESA DI OTTENERE LA CERTIFICAZIONE ISEE 2022. IL BENEFICIARIO SI IMPEGNA INOLTRE A CONSEGNARE AGLI UFFICI PREPOSTI UNA DICHIARAZIONE ISEE IN CORSO DI VALIDITA' ENTRO IL GIORNO 27/05/2022, PENA ESCLUSIONE DELLA DOMANDA.

3. NEL CASO DI AMMISSIONE AL FINANZIAMENTO DELLA DOMANDA IL/LA SOTTOSCRITTO/A SCEGLIE LA SEGUENTE MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLO STESSO:
 - ACCREDITO IN C/C BANCARIO O POSTALE (INDICARE L'ISTITUTO BANCARIO O L'UFFICIO POSTALE):

 - AGENZIA: _____
 - INTESTATO _____ A:
 - IBAN _____

IL BENEFICIARIO OPPURE L'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE DICHIARA INOLTRE

- di aver preso visione dell'Avviso per l'erogazione dei sostegni sopraindicati e di accettarne le condizioni;
- di non trovarsi in condizioni di incompatibilità così come descritte al punto 3 dell'avviso pubblico;
- di impegnarsi a dare ogni comunicazione, nel minor tempo possibile, di eventi che comportano la decadenza (per incompatibilità, cambio residenza, decesso del beneficiario) del diritto di assegnazione del sostegno al Comune di residenza;
- di essere a conoscenza che il Comune di residenza o l'Ufficio di Piano, ai sensi del decreto legislativo n. 109/1998 e del DPR 445/2000 art. 45, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che qualora dal controllo emergessero l'assenza di requisiti o l'errato ISEE, sarà revocato ogni beneficio ed effettuato il recupero delle somme corrisposte e tutti gli eventuali adempimenti conseguenti.

ALLEGATI

- COPIA DELLA CERTIFICAZIONE DI GRAVITA' AI SENSI DELL'ART. 3 COMMA 3 DELLA LEGGE 104/1992;
- COPIA DEL CERTIFICATO DI INVALIDITA' CIVILE;

Capofila Ambito Alto Milanese: Azienda Sociale del Legnanese SO.LE., P.za San Magno 9 Legnano (20025) – MI
Sedi operative Ufficio di Piano:

Legnano, Via XX Settembre, 30 20025 Legnano (MI) – Tel. 0331.1816360
Castano Primo, Piazza Mazzini, 43 20025 Castano Primo (MI) – Tel: 0331.877298
Indirizzo@ufficiodipiano@pianodizona-altomilanese.it
PEC: pdz@pec.pianodizona-altomilanese.it



Arconate - Bernate Ticino - Buscate - Busto Garolfo - Canegrate - Cerro Maggiore
Castano Primo - Cuggiono - Dairago - Inveruno - Legnano - Magnago - Nerviano
Nosate - Parabiago - Rescaldina - Robecchetto Con Induno - S.Giorgio su Legnano
S.Vittore Olona - Turbigo - Villa Cortese - Vanzaghello

- COPIA DELL'ATTESTAZIONE RELATIVA AL POSSESSO DELL'INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO O INDENNITA' DI FREQUENZA;
- CERTIFICAZIONE ISEE 2022;
- PER L'INTERVENTO A SOSTEGNO DEI COSTI DI UN ASSISTENTE PERSONALE, ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE CONTRATTO DI LAVORO, EVIDENZIANDO IL MONTE ORE SETTIMANALE;
- PER L'INTERVENTO A SOSTEGNO DI PROGETTI EDUCATIVI PER MINORI, ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE PREVENTIVI DI SPESA PER LE ATTIVITA' PREVISTE DAL PROGETTO;
- PROGETTO INDIVIDUALE P.I. (ALLEGATO 1);
- SCALE ADL E IADL
- COPIA CARTA D'IDENTITÀ E CODICE FISCALE BENEFICIARIO;
- COPIA CARTA D'IDENTITÀ E CODICE FISCALE DELLA PERSONA CHE SOTTOSCRIVE LA DOMANDA;
- EVENTUALE COPIA CARTA D'IDENTITÀ E CODICE FISCALE DEL TUTORE E/O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
- EVENTUALE COPIA DEL DECRETO DI NOMINA TUTORE E/O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO VOLONTARIA GIURISDIZIONE DI COMPETENZA;
- FOTOCOPIA IBAN;
- ALTRO (specificare): _____

DATA _____

IL COMUNE DI _____

FIRMA richiedente/familiare/tutore/amministratore di sostegno
