



## AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5

Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,  
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate

### DOMANDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE INTEGRATA Misura a favore delle persone con disabilità grave o in condizione di non autosufficienza (Misura B2 - DGR 5940 del 05.12.2016) Rif. Delibera ADdS n.4 del 28.02.2017

AL COMUNE DI \_\_\_\_\_

#### Il sottoscritto

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ sesso M  F

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

#### In qualità di

DIRETTO INTERESSATO

FAMILIARE Grado di parentela \_\_\_\_\_

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

TUTORE nominato con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

CURATORE nominato con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

del sig./sig.ra Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ sesso M  F

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**CHIEDE**



## AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5

Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,  
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate

**di poter accedere alla valutazione sociale e/o multidimensionale integrata per la definizione di un Progetto Individuale di Assistenza comprensivo delle misure previste ai sensi della DGR 5940/2016 a favore delle persone con grave disabilità o in condizione di non autosufficienza:**

### DICHIARA

- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione riguardante:
  - la situazione economica e reddituale, la situazione sanitaria e sociale del beneficiario degli interventi;
  - l'eventuale ricovero in ospedale, in istituto di riabilitazione o in struttura residenziale;
  - eventuali altri motivi che facciano venire meno la necessità di cure domiciliari o il diritto alle prestazioni previste dalla D.G.R. DGR 5940/2016 misura B2;
- Che, nel caso di erogazione del buono sociale, il beneficiario desidera riscuotere le eventuali provvidenze economiche tramite accredito sul conto corrente (allegare documento bancario/postale attestante IBAN)

### A TAL FINE ALLEGA

- Copia del documento d'identità e tessera sanitaria del beneficiario dell'intervento
- Copia del documento d'identità di chi presenta l'istanza, se persona diversa dal beneficiario dell'intervento.
- Copia del riconoscimento Gravità Handicap ai sensi L. 104 / 92 art. 3 c.3 e/o Invalidità Civile al 100% con indennità di accompagnamento;
- ISEE come da normativa vigente e in corso di validità
- Se la domanda viene presentata da amministratore di sostegno, curatore o tutore allegare copia del documento di identità e copia del decreto di nomina del Tribunale.
- In caso "Buono care giver familiare": autocertificazione del care giver relativa ai requisiti della convivenza anagrafica, eventuale certificato di invalidità, documentazione attestante lo stato occupazionale
- In caso "Buono care giver professionale o progetti di vita indipendente": Copia del contratto di assunzione e ultima busta paga.
- In caso "voucher periodi di sollievo, voucher sostegno alla domiciliarità o voucher per la vita di relazione di minori con disabilità": Formale preventivo di spesa compilato dal soggetto erogatore;
- Documentazione attestante n. conto corrente e relativo IBAN, fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente
- Altro (specificare): \_\_\_\_\_



## **AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5**

**Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,  
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate**

### **DICHIARA**

inoltre di essere a conoscenza che il Comune di residenza, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



## AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5

Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,  
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

**Il sottoscritto** \_\_\_\_\_

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, consapevole che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" come definiti all'art. 4 lett. d) del citato decreto, vale a dire *"i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale"*

**presta**

**il suo consenso al trattamento dei dati sensibili nell'ambito e per le finalità del procedimento oggetto della presente domanda.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Considerato che **il signor/ra** \_\_\_\_\_

non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere,

**Il sottoscritto** \_\_\_\_\_ in qualità di

FAMILIARE    TUTORE    CURATORE    AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

**acconsente**

al trattamento dei dati sensibili nell'ambito del procedimento inerente la domanda di valutazione integrata per persone con gravissima disabilità, ai sensi della DGR 4249/15, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_