

Buono sociale mensile per le prestazioni di assistenza assicurate dall'assistente familiare assunto con regolare contratto di lavoro	
---	--

A tal fine, il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali e civili a cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace e di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Il beneficiario ha invalidità 100%	
Il beneficiario è titolare di indennità di accompagnamento (ai sensi della Legge 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con Legge 508/19889	
Il beneficiario è in condizioni di gravità ai sensi della Legge 104/92, art. 3, comma 3	
Il beneficiario possiede i requisiti previsti per l'accesso alla Misura B2 riportati nell'Avviso Pubblico	
Di aver preso visione e di accettare i termini dell'Avviso Pubblico che descrive i criteri di accesso alle prestazioni e le modalità di presentazione della domanda e di erogazione degli strumenti previsti	
<p>Che non sussista nessuna delle seguenti cause di incompatibilità:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità); ✓ Misura B1; ✓ contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato; ✓ ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale; ✓ presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018; ✓ Home Care premium/INPS HCP 	

che l'**ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente)** in corso di validità è pari a

€ _____

(sarà considerata valida l'attestazione ISEE rilasciata in data successiva alla data di chiusura dell'avviso pubblico **solo** nel caso in cui la DSU sia stata presentata entro la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda. L'attestazione ISEE dovrà comunque essere rilasciata dall'INPS nei termini dell'istruttoria pena l'esclusione dell'istanza).

DICHIARA, ALTRESÌ,

- Di essere consapevole che la responsabilità della corretta compilazione della domanda, l'allegazione della documentazione richiesta, la consegna di ogni integrazione documentale entro il termine di scadenza fissato nell'Avviso è a completo ed esclusivo carico del richiedente.

Ambito Distrettuale Visconteo Sud Milano

Ufficio di Piano Rozzano / Piazza G. Foglia, 1 / 20089 Rozzano (MI)

Email: ufficiodipiano@comune.rozzano.mi.it

PEC: protocollo@pec.comune.rozzano.mi.it



Si precisa che l'IBAN riportato sull'istanza deve essere intestato al beneficiario o cointestato allo stesso e a un suo familiare tranne situazioni particolari che potranno essere valutate dal Servizio Sociale Professionale.

DICHIARA

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.

Luogo e data _____

Firma _____

Ambito Distrettuale Visconteo Sud Milano

Ufficio di Piano Rozzano / Piazza G. Foglia, 1 / 20089 Rozzano (MI)
Email: ufficiodipiano@comune.rozzano.mi.it
PEC: protocollo@pec.comune.rozzano.mi.it



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____

dichiara di avere ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 2016/679 e di avere preso atto dei diritti di cui all'art. 15 del citato Regolamento 2016/679 ed esprime:

$\frac{1}{2\pi}$ Il proprio consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali e sensibili, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa;

$\frac{1}{2\pi}$ Il proprio diniego al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali e sensibili, consapevole che il diniego non consente lo svolgimento delle attività richieste;

Luogo e data _____ Firma _____

Considerato che il/la Sig/a _____
non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____

In qualità di:

- FAMILIARE
- TUTORE
- CURATORE
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

acconsente

al trattamento dei dati sensibili nell'ambito del procedimento inerente la domanda di valutazione per persone con grave disabilità, ai sensi della DGR 7751/22, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.

Luogo e data _____ Firma _____

Ambito Distrettuale Visconteo Sud Milano

Ufficio di Piano Rozzano / Piazza G. Foglia, 1 / 20089 Rozzano (MI)
Email: ufficiodipiano@comune.rozzano.mi.it
PEC: protocollo@pec.comune.rozzano.mi.it

