

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA MISURA B2

ATTENZIONE: Prima di procedere con l'inserimento della domanda, assicurarsi di avere a disposizione sul proprio dispositivo tutti i documenti in formato elettronico (pdf, jpeg, word..) richiesti dal bando all'articolo 3 che dovranno essere **allegati** nella piattaforma e che si riepilogano di seguito:

Copia di un documento d'identità in corso di validità e copia della tessera sanitaria della persona non autosufficiente e eventualmente della persona che richiede il beneficio per conto della persona non autosufficiente

Copia del verbale d'invalidità

Copia indennità accompagnamento L.508/1988 (bando over 65 anni) oppure certificazione della condizione di gravità art.3c.3 L.104

ISEE 2021 o DSU o copia della ricevuta di presentazione ISEE

Autodichiarazione di presentazione domanda con firma autografa (si veda allegato 1 o pag.9 tutorial)

Nel caso di dichiarazione

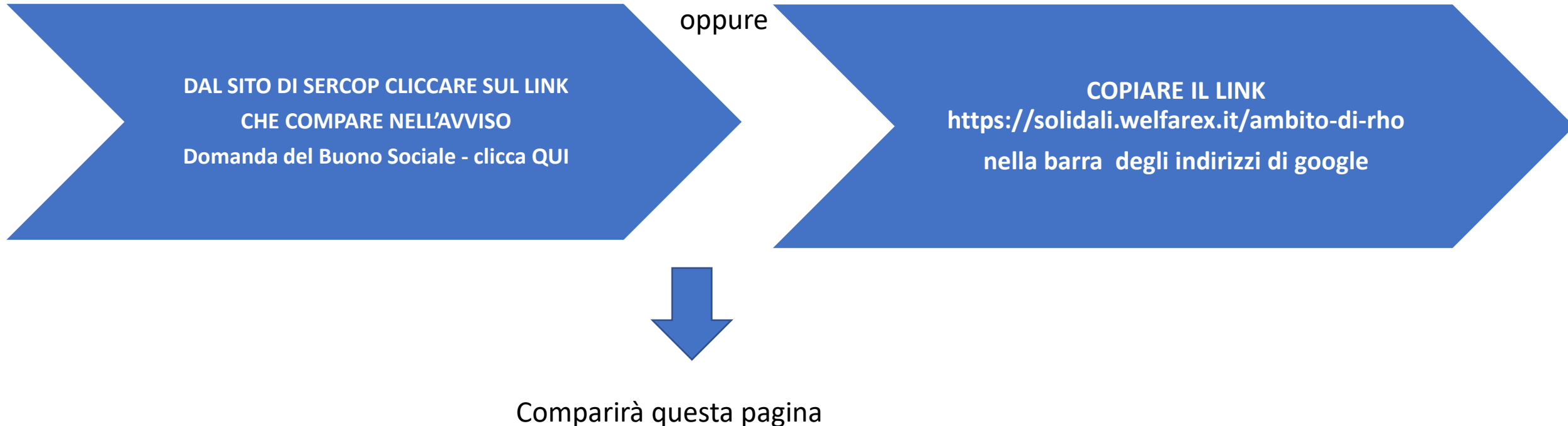
Di essere assistito al domicilio da un assistente personale regolarmente assunto per n. _____ ore alla settimana (indicare n. ore di assistenza settimanale prevista dal contratto di assunzione)

Infine occorre allegare anche

- Contratto di lavoro del badante con l'indicazione del n. ore di assistenza a settimana prestate per l'assistenza
- Pagamento del versamento dei contributi dell'ultimo anno

Leggere con attenzione il bando

L'eventuale domanda non completa non viene salvata per cui, in caso di mancanza di uno o più allegati, occorrerà reinserire la domanda dal principio.





Seleziona il Comune di residenza



Arese



Cornaredo



Lainate



Pero



Pogliano Milanese



Pregnana Milanese



Rho



Settimo Milanese



Vanzago

Cliccare sul comune di residenza della persona che richiede il beneficio (se diretto interessato) o per la quale si richiede il beneficio: ad esempio domanda presentata da un figlio residente a Rho per genitore anziano non autosufficiente residente a Settimo Milanese cliccare sul comune di Settimo Milanese

Poi cliccare su «Domanda di valutazione Misura B2»



Settimo Milanese



A questo punto inserire i dati richiesti, partendo sempre dai dati anagrafici della persona per cui si richiede il beneficio: Dati della persona con disabilità o non autosufficiente

Attenzione: tutti i campi evidenziati in giallo sono obbligatori, quelli in grigio sono facoltativi



Comune di Settimo Milanese

Domanda di valutazione Misura B2

DOMANDA DI EROGAZIONE BUONO SOCIALE PER PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE O COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA

Domanda n° 5653384

I campi evidenziati in giallo sono obbligatori

Dati della persona con disabilità o non autosufficiente:

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>		
Nato a	<input type="text"/>	Provincia/Nazione	<input type="text"/>	il	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>	CAP	<input type="text" value="20019"/>		
Comune	<input type="text" value="Settimo Milanese"/>	Provincia	<input type="text" value="MI"/>		
Telefono	<input type="text"/>	Email	<input type="text"/>		
Codice fiscale	<input type="text"/>				

Sesso M F

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 _____

Cliccare su uno dei bandi di riferimento

CHIEDE

- di poter accedere al beneficio del Buono Sociale previsto dal Fondo Non Autosufficienza per l'anno 2021 – Bando persone non autosufficienti di **età superiore ai 65 anni**
- di poter accedere al beneficio del Buono Sociale previsto dal Fondo Non Autosufficienza per l'anno 2021 – Bando persone disabili di **età inferiore ai 64 anni**
- di poter accedere al beneficio del Buono Sociale previsto dal Fondo Non Autosufficienza per l'anno 2021 – Bando persone disabili **minorenni**

Se si fa la domanda per un disabile minorenne, compariranno le informazioni richieste per i genitori/tutori

- di poter accedere al beneficio del Buono Sociale previsto dal Fondo Non Autosufficienza per l'anno 2021 – Bando persone disabili **minorenni**

I sottoscritti

Nome e cognome genitore 1

Nome e cognome genitore 2

In qualità di genitori del minore

dichiarano

- Di essere a conoscenza di avere presentato istanza per l'erogazione del beneficio
- Di delegare uno dei due genitori a presentare mensilmente il modulo di esistenza in vita e permanenza al domicilio per conto del minore

Proseguire con le dichiarazioni richieste, tra cui inserimento dell'IBAN del beneficiario dell'intervento

DICHIARA

- Di aver preso visione delle modalità di erogazione del Buono Sociale per persone con disabilità grave di età superiore a 65 anni oppure fino a 64 anni (ai sensi della DGR 4138/20 – MISURA B2)
- Di essere non autosufficienti con riconoscimento di invalidità al 100%
- Di essere in possesso della certificazione della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, c.3 della L.104/92 (le richieste per minori di età inferiori ai 5 anni saranno ammesse solo se il minore è già in possesso di una diagnosi che accerti una patologia grave/gravissima e pertanto in possesso della certificazione della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, c.3 della L.104/92)
- Di essere in possesso di indennità di accompagnamento ai sensi della L.18/80 e successive modifiche/integrazioni con L.508/1988 (o di essere in corso di ricevimento)
- Di aver preso visione e di accettare i termini dell'avviso pubblico che descrive i criteri di accesso alle prestazioni e alle modalità di presentazione della domanda e di erogazione degli interventi e/o contributi
- Di essere mantenuti presso il domicilio e necessitare di assistenza continuativa
- Di NON frequentare alcuna struttura diurna socio-assistenziale o socio-sanitaria (es. CSE,SFA,CDD, CDI, CD) o della rete sociale (APA/CASA/CDS)
- Che l'ISEE presentato per l'ottenimento della misura richiesta è:
 - pari a € _____ (ISEE socio-sanitario non residenziale inferiore a € 25.000 per maggiorenni, ISEE ordinario inferiore a € 40.000 per minorenni)
 - è stato richiesto in data _____ (inserire data di rilascio DSU o data dell'appuntamento al CAF per la richiesta dell'ISEE)
- Di essere assistito al domicilio da un assistente personale regolarmente assunto per n. _____ ore alla settimana (indicare n. ore di assistenza settimanale prevista dal contratto di assunzione)
- Di **NON** usufruire dei seguenti benefici/servizi INCOMPATIBILI CON LA MISURA B2 come riportati all'art.2 dei rispettivi Bandi:
 - della Misura B1 di cui alla presente DGR
 - della Misura Reddito di Autonomia anziani (voucher 2019-2020 Decreto 19486 del 21/12/2018)
 - del Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n.15/2015
 - di sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti pubblici, privati o Enti previdenziali (es. INPS/Home Care Premium)
 - della Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018
 - ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale
 - inserimento o frequenza strutturata e continuativa in centri diurni socio-assistenziale o socio-sanitaria (es. CSE,SFA,CDD, CDI, CD) o della rete sociale (APA/CASA/CDS)
 - di interventi a valere sul progetto PRO.VI.
 - altri strumenti della misura B2
- di dare il consenso all'acquisizione della documentazione prevista depositata presso gli uffici di Sercop ai fini del completamento della pratica
- nel caso di accoglimento della domanda l'erogazione del beneficio economico dovrà essere effettuata sul seguente conto corrente bancario o postale INTESTATO AL BENEFICIARIO:
IBAN _____
Intestatario IBAN _____

In caso di flag qui si rimanda all'art.4 entità del buono: occorre allegare obbligatoriamente quanto richiesto a pagina 1 del presente tutorial

A questo punto proseguire con la parte relativa agli allegati da allegare ricordando sempre che i campi in giallo sono obbligatori

Attenzione: si possono allegare uno o più file per tipologia di allegato; nel caso sia necessario allegare almeno due file occorre selezionare gli stessi contemporaneamente (per la selezione di più file tenere premuto il tasto ctrl della tastiera del pc mentre si selezionano i file e poi cliccare su Apri)

A TAL FINE ALLEGA

Copia del documento d'identità e tessera sanitaria del beneficiario dell'intervento.

Se si sono allegati due file, si vedranno i nomi dei due file separati da una , «*virgola*»

A TAL FINE ALLEGA

Copia del documento d'identità e tessera sanitaria del beneficiario dell'intervento.

Proseguire allegando i documenti richiesti dal bando fino all'ultimo allegato - relativo alla dichiarazione sostitutiva con firma

Dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi degli articoli 46 e 47 del d.p.r. 28/2/2000 n. 445

Affinchè la domanda sia valida è necessario scrivere su un foglio il testo sottostante, firmarlo, scansionarlo e allegarlo

Il sottoscritto cognome nome dichiara di presentare istanza per l'erogazione del beneficio buono sociale Misura B2 per la persona cognome nome (o per se stesso)

Scrivere su un foglio il testo sopra indicato, firmarlo, fotografarlo e caricarlo

Il sottoscritto <Cognome Nome>, dichiara di
presentare istanza
per l'erogazione del beneficio buono sociale
Misura B2
per la persona <Cognome Nome> (o per se stesso)

<firma leggibile del dichiarante>

Testo con firma



In alternativa è anche possibile scaricare e firmare il file dell'allegato 1

8. Autodichiarazione di presentazione domanda con firma autografa (si veda allegato1)

Infine, dopo le ultime dichiarazioni e il consenso al trattamento dei dati cliccare su PROSEGUI per terminare il caricamento della domanda

DICHIARA

che le informazioni presentate sono state rese ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i e di essere consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 dello stesso D.P.R.

Informativa sul trattamento dei dati personali

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DATI PERSONALI FORNITI DAGLI UTENTI CHE INSERISCONO INFORMAZIONI SUL SITO
Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016 (GDPR)
Il sito è stato realizzato per la gestione delle richieste da inoltrare ai Comuni aderenti in vari ambiti.
In ottemperanza agli obblighi derivanti dalla normativa comunitaria (Regolamento europeo 2016/679, GDPR) e successive modifiche, il presente sito rispetta e tutela la

Esprimo il consenso Nego il consenso

Sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, dichiaro che le informazioni sopra riportate sono veritiere

Prosegui

A questo punto riceverete una mail con indicazione del numero di protocollo della domanda.
Nei giorni/settimane successivi/e all'inserimento della domanda sarete ricontattati telefonicamente da una Assistente Sociale per un appuntamento a domicilio per la valutazione necessaria ai fini della graduatoria come riportato all'art. 5 del bando