



Comuni di Monza, Brugherio e Villasanta

ALLEGATO-1

DOMANDA PER L'ACCESSO ALLE RISORSE A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE

In attuazione della DGR XI/6576 del 30/06/2022

Al Comune di

Assistente Sociale di riferimento

Ambito Territoriale di Monza

Il/la sottoscritto/a

Nome e Cognome

Nato/a a

il

genere

Residente a

CAP

Provincia

Via

Tel.

e-mail:

Codice fiscale

Domicilio (se diverso dalla residenza)

In qualità di

DIRETTO INTERESSATO

FAMILIARE

Grado di parentela

TUTORE

nominato con decreto n.

del

CURATORE

nominato con decreto n.

del

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

nominato con decreto n.

del

del Sig.ra/Sig. Nome e Cognome

Nato/a a

il

genere

Residente a

CAP

Provincia

Via

Tel.

e-mail

Ambito Territoriale di Monza

Codice Fiscale 02030880153 | Partita IVA 00728830969
Piazza Trento e Trieste - 20900 Monza
Ufficio di Piano
Ufficio di Piano -e-mail:
ufficiodipiano@ambitodimonza.it

Codice fiscale

Domicilio (se diverso dalla residenza)

Medico di Medicina Generale

Persona da contattare (cognome, nome, grado di parentela, telefono)

CHIEDE

Di accedere al contributo una tantum a sostegno del ruolo di cura e assistenza del CAREGIVER familiare in attuazione della DGR XI/6576 del 30/06/2022

DICHIARA

- Di aver presentato al Comune di residenza domanda di contributo – MISURA B2 (Finanziati e Non),
- Di avvalersi del CAREGIVER FAMILIARE,
- Di aver sostenuto nell'anno 2022 spese per la retta destinata ai ricoveri di sollievo temporanei presso Unità di Offerta Sociosanitarie (RSA-CSS-RSD).

DICHIARA INOLTRE

di essere consapevole:

- delle responsabilità penali assunte ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell'art. 75 del DPR 445/2000, la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità;
- che sui dati dichiarati, e sulla loro veridicità, potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000;
- che qualora la domanda non fosse completa in ogni sua parte e corredata con gli allegati richiesti, sarà respinta.

Ai fini della liquidazione del beneficio economico, previo accoglimento della domanda si chiede di allegare altresì:

- Ø Fattura/Ricevuta della Struttura presso la quale è avvenuto il ricovero temporaneo nell'anno 2022.
- Ø Documento bancario attestante Codice Iban e nominativo intestatario/i.

SI IMPEGNA A

Comunicare tempestivamente al Comune di residenza:

- eventuale decesso;
- eventuali ricoveri in ospedale o altra struttura residenziale;
- eventuale trasferimento della residenza in altro Comune.

Data

Firma _____

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità penali che si assume, dichiara di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000 e che nel caso di erogazione del buono sociale, potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite.

In fede

.....

(firma)

Ambito Territoriale di Monza

Codice Fiscale 02030880153 | Partita IVA 00728830969
Piazza Trento e Trieste - 20900 Monza
Ufficio di Piano
Ufficio di Piano -e-mail:
ufficiodipiano@ambitodimonza.it

ESPRESSIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il sottoscritto/la sottoscritta

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679

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, per incapacità di intendere o di volere, o per opportunità di progetto

Il sottoscritto/la sottoscritta

in qualità di

- FAMILIARE
- TUTORE
- CURATORE
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

acconsente

al trattamento dei dati sensibili e sanitari nell'ambito del procedimento inerente la domanda di valutazione integrata per persone con disabilità grave e per anziani non autosufficienti, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.

Data

Firma _____