

**DOMANDA DI PROSECUZIONE AL BENEFICIO ECONOMICO – MISURA B1 -  
DGR n° X/7856 del 12.02.2018**

Spett.le ASST \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_  
cap \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a

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

data di nascita \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_ luogo di nascita \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

in qualità di diretto interessato

**oppure**

*(da compilarsi fino a "CHIEDE" solo qualora il dichiarante non sia il diretto interessato barrando SOLO UNO dei quadratini sottostanti e compilando i dati della persona con disabilità gravissima)*

**Nel caso la persona affetta da gravissima disabilità versi in uno stato di impedimento permanente:**

- in qualità di tutore (indicare estremi del provvedimento di nomina: \_\_\_\_\_)
- in qualità di curatore (indicare estremi del provvedimento di nomina: \_\_\_\_\_)
- in qualità di amministratore di sostegno (indicare estremi del provvedimento di nomina: \_\_\_\_\_)
- in qualità di procuratore (SOLO nel caso la procura lo preveda: in questo caso è necessario allegare l'atto di procura generale notarile)

**Nel caso in cui la persona affetta da gravissima disabilità sia un minore:**

- in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale in via esclusiva
- in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale in modo congiunto,  
madre \_\_\_\_\_ (nome e cognome)  
padre \_\_\_\_\_ (nome e cognome)

*(N.B.: nel caso la responsabilità genitoriale sia esercitata in modo congiunto è necessario che la domanda, pur compilata da uno di essi, sia sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori del minore.)*

**Nel caso in cui la persona affetta da gravissima disabilità sia temporaneamente impedita a presentare la domanda:**

- in qualità di coniuge, o, in sua assenza, figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (indicare relazione di parentela: \_\_\_\_\_),
- in qualità di convivente unito civilmente;

(N.B. in questo caso allegare dichiarazione di cui al **modello 1** allegato se la domanda viene presentata da familiare, in assenza di decreto di nomina)

**del/la Sig./Sig.ra affetto/a gravissima disabilità:**

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

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_ ) cap \_\_\_\_\_

via/p.za \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**la prosecuzione della misura B1** di cui alla e, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000.

**DICHIARA**

- **che le condizioni di gravissima disabilità del beneficiario della presente misura sono rimaste invariate;**
- che è consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità;
- **che è consapevole che l'accesso alla graduatoria è subordinato alla completezza della domanda e della documentazione richiesta per la valutazione;**
- che è residente nel Comune di \_\_\_\_\_ nel territorio dell'ASST afferente alla ATS Insubria;
- che è beneficiario di indennità di accompagnamento o definita in condizione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013;
- che è affetto da \_\_\_\_\_

(indicare la diagnosi/patologia che comporta la disabilità gravissima)

- che necessita a domicilio di assistenza continuativa nelle 24 ore da parte di uno o più familiari/care-giver come di seguito elencati:

**Caregiver 1:**                       **Convivente**                       **Non Convivente**

**Familiare**                       **NO**                       **SI, grado di parentela** \_\_\_\_\_

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

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

Cod. fisc. \_\_\_\_\_

Caregiver 2:

Convivente

Non Convivente

Familiare

NO

SI, grado di parentela \_\_\_\_\_

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

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

Cod. fisc. \_\_\_\_\_

- che è a conoscenza dei criteri e dei benefici previsti dalla DGR 7856 del 12/02/2018 per il riconoscimento della Misura B1, delle incompatibilità di questi benefici con la fruizione di alcuni servizi ed interventi del complessivo sistema d'offerta;
- che la persona in condizione di gravissima disabilità **attualmente:**
  - non è inserita in una Unità d'offerta semiresidenziale socio-sanitaria o sociale (es. CDD, CDI, riabilitazione in diurno continuo, CSE);  

oppure
  - è inserita in una Unità d'offerta semiresidenziale socio-sanitaria o sociale (es. CDD, CDI, riabilitazione in diurno continuo, CSE) presso \_\_\_\_\_ per un monte ore settimanale di \_\_\_\_\_ (come da dichiarazione della struttura qui allegata);
- che la persona in condizione di gravissima disabilità **attualmente:**
  - non è in carico ad altre misure (es. DGR 7769/2018 RSA aperta, residenzialità leggera...)  

oppure
  - è in carico ad altre misure (es. DGR 7769/2018 RSA aperta, residenzialità leggera, ecc) specificare quale \_\_\_\_\_
- che è consapevole del fatto che l'effettuazione di una valutazione multidimensionale della propria situazione può richiedere anche un accesso domiciliare da parte di personale della ASST di residenza;
- che è a conoscenza che l'ATS e l'ASST ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, potranno procedere a idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle normative vigenti;
- di aver preso visione dell'informativa all'utenza e di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), ex art. 13:
  - i dati forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura per la quale sono stati raccolti;
  - il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
  - il conferimento dei dati è obbligatorio per dare corso alla procedura;
  - titolari del trattamento è l'ATS dell'Insubria e l'ASST \_\_\_\_\_;
  - responsabile del trattamento è il dirigente responsabile della struttura destinataria della presente dichiarazione;
  - in ogni momento potranno essere esercitati nei confronti del titolare del trattamento i diritti di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003.

A tal fine

## ALLEGA

*(tutti i documenti elencati sono obbligatori per l'accoglimento della domanda)*

- copia del documento d'identità in corso di validità e del codice fiscale** della persona affetta da gravissima disabilità e copia del documento di identità in corso di validità del dichiarante (se diverso dalla persona affetta da gravissima disabilità): in caso di responsabilità genitoriale congiunta deve essere prodotta da entrambi i genitori;
- copia permesso di soggiorno in corso di validità** - in caso di cittadino non comunitario;
- Modello 1 - Dichiarazione sostitutiva ai sensi degli art. 4, commi 1 e 2 e art 38, comma 3 del D.P.R. n. 445/2000** ove necessario;
- Modello ISEE ordinario valido alla data di presentazione della domanda** attestante la condizione socio economica della persona.

*Si precisa che tale documentazione è richiesta ai fini della formazione della graduatoria di accesso come previsto dalla DGR 7856 del 12/02/2018*

Ed infine

## CHIEDE

che tutti i contatti e le comunicazioni avvengano con:

Cognome _____	Nome _____
via/p.za _____	n° _____
Comune _____	Prov. (_____) CAP _____
telefono _____	cell. _____
indirizzo e-mail _____	

Luogo e data

Firma (1)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma del dichiarante)

\_\_\_\_\_

(firma dell'altro genitore esercente la responsabilità genitoriale)

(1) nel caso in cui la domanda riguarda un minore, e sia compilata da uno dei genitori esercenti la responsabilità genitoriale in maniera congiunta, deve essere sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori.