DOMANDA PER L'ACCESSO ALLE MISURE A FAVORE DI PERSONE CON GRAVE DISABILITA' NON AUTOSUFFICIENTI RESIDENTI NELL'AMBITO DI SEREGNO-MISURA B2 – DGR 7751/2022 ES. 2023

All'Ufficio Servizi Sociali
Del Comune di _____
Ambito Territoriale di Seregno

Il/La sottoscritto/a

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____ il _____ genere M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail_____

Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

In qualità di

☐ DIRETTO INTERESSATO

☐ FAMILIARE (specificare grado di parentela) _____

☐ TUTORE nominato con decreto n. _____ del _____

☐ CURATORE nominato con decreto n. _____ del _____

☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. _____ del _____

di **Nome e Cognome** _____

Nato a _____ il _____ genere M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail_____

Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Medico di Medicina Generale _____

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

_____

_____

Tipologia ISEE (da allegare):

☐ ISEE sociosanitario

☐ ISEE ordinario

Valore ISEE: € |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Scale di valutazione ADL – IADL da allegare (se non in possesso al momento della presentazione dell'istanza, da inviare anche in un secondo momento, ma comunque entro e non oltre il 31/05/2023, all'Ufficio di Piano dell'Ambito di Seregno):

☐ ADL punteggio _/6

☐ IADL punteggio _/8

Invalidità (da allegare):

Persona con disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge n. 104/1992, come da verbale rilasciato in data _____

Riportare diagnosi certificata:

_____

_____

% DI INVALIDITA' _____ ACCOMPAGNAMENTO SI ☐ NO ☐

Persona che ha già ricevuto interventi misura B2:

☐ SI – buono sociale assistente personale

☐ SI – buono sociale per progetti di vita indipendente

☐ SI – buono sociale caregiver

☐ SI – altri strumenti della misura

☐ NO

La persona frequenta unità di offerta semiresidenziali sociosanitarie o sociali?

☐ SI

Se sì, quale? _____

Per quante ore? _____

☐ NO

Indicare **IBAN** e intestatario conto corrente (da allegare):

Nome intestatario_____

Cognome intestatario_____

Codice fiscale intestatario _____

CHIEDE

□ per sé □ per la persona per la quale inoltra la domanda

di avere accesso ad uno dei seguenti interventi di cui alla DGR 7751/2022 es. 2023

- ☐ Buono sociale caregiver familiare (allegare dichiarazione sostitutiva caregiver – ALLEGATO A)
- ☐ Buono sociale assistente personale (allegare contratto di lavoro)
- ☐ Buono sociale progetto di vita indipendente
- ☐ Voucher sociale minori con disabilità
- ☐ Voucher sociale adulti e anziani con disabilità

Luogo e data	Firma del dichiarante
_____	_____