



Arconate - Bernate Ticino - Buscate - Busto Garolfo - Canegrate - Cerro Maggiore
Castano Primo - Cuggiono - Dairago - Inveruno - Legnano - Magnago - Nerviano
Nosate - Parabiago - Rescaldina - Robecchetto Con Induno - S.Giorgio su Legnano
S.Vittore Olona - Turbigo - Villa Cortese - Vanzaghello

MODULO DI DOMANDA MISURA B2 ANNO 2025 - AMBITO ALTO MILANESE

COMUNE DI _____

ASSISTENTE SOCIALE DI RIFERIMENTO: _____

INFORMAZIONI RELATIVE AL BENEFICIARIO:

COGNOME E NOME:	
NATO/A A:	IL
CODICE FISCALE:	
COMUNE DI RESIDENZA:	DOMICILIO (se diverso dalla residenza):
INDIRIZZO:	
TELEFONO:	MAIL:

INFORMAZIONI RELATIVE A CAREGIVER/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:

CAREGIVER FAMILIARE (NOME E COGNOME)	
GRADO DI PARENTELA RISPETTO AL BENEFICIARIO	
AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE (NOME E COGNOME)	
RECAPITO TELEFONICO	

INFORMAZIONI RELATIVE AL PROGETTO:

FINALITÀ della domanda (indicare il motivo principale):

ASSISTENZA INDIRETTA:

- BUONO SOCIALE MENSILE FINALIZZATO A COMPENSARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ASSICURATE DA CAREGIVER FAMILIARE
- BUONO SOCIALE MENSILE FINALIZZATO A COMPENSARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ASSICURATE DALL'ASSISTENTE FAMILIARE
- ASSEGNO AUTONOMIA

ASSISTENZA DIRETTA: (SOLO SE RICHIESTO BUONO CAREGIVER AL PUNTO SOPRA)

- ATTIVAZIONE DI PRESTAZIONI SOCIOASSISTENZIALI/TUTELARI AL DOMICILIO
- RIMBORSO PER RICOVERO TEMPORANEO IN STRUTTURA RESIDENZIALE
- PRESTAZIONE SOCIOEDUCATIVA/EDUCATIVA IN CONTESTI SOCIALIZZANTI, ANCHE ATTRAVERSO LO SVILUPPO DI PROGETTUALITA'

Capofila Ambito Alto Milanese: Azienda Sociale del Legnanese SO.LE. – Piazza San Magno, 9, Legnano (20025) – MI

Sedi operative Ufficio di Piano:

Castano Primo, Piazza Mazzini, 43 20025 Castano Primo (MI) – Tel: 0331.877298

Legnano, Via XX Settembre, 30 20025 Legnano (MI) – Tel. 0331.1816360

Indirizzo@ ufficiodipiano@pianodizona-altomilanese.it

PEC: pdz@pec.pianodizona-altomilanese.it



Arconate - Bernate Ticino - Buscate - Busto Garolfo - Canegrate - Cerro Maggiore
Castano Primo - Cuggiono - Dairago - Inveruno - Legnano - Magnago - Nerviano
Nosate - Parabiago - Rescaldina - Robecchetto Con Induno - S.Giorgio su Legnano
S.Vittore Olona - Turbigo - Villa Cortese - Vanzaghelo

ALTRI CONTRIBUTI/MISURE ATTIVE del candidato/nucleo familiare:

- NESSUNO
- CONTRIBUTO ECONOMICO DA PARTE DEL COMUNE DI RESIDENZA PER FREQUENZA STRUTTURE DIURNE
- CONTRIBUTO ECONOMICO DA PARTE DEL COMUNE DI RESIDENZA
- LEGGE 112, DOPO DI NOI
- PRO.VI.
- ASSEGNO DI INCLUSIONE (ADI)
- SAD COMUNALE
- ALTRO (SPECIFICARE) _____

BUDGET COMPLESSIVO RICHIESTO PER REALIZZARE IL PROGETTO indiretta:

IMPORTO TOTALE € _____

BUDGET COMPLESSIVO RICHIESTO PER REALIZZARE IL PROGETTO diretta:

IMPORTO TOTALE € _____

Al fini della predisposizione della graduatoria:

- Il beneficiario vive solo
- Il beneficiario minorenne, vive in presenza di un solo genitore (nucleo monogenitoriale)
- Vive in presenza di altra persona in possesso di certificazione di disabilità (persone in condizione di disabilità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 1, 3 della L. 104/1992)
- Nessuna delle precedenti

REQUISITI

1. IL BENEFICIARIO OPPURE L'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE DICHIARA DI ESSERE IN POSSESSO DI:

- CERTIFICAZIONE DI DISABILITÀ GRAVE, RICONOSCIUTA AI SENSI DELL'ART. 3, C. 3 DELLA L. 104/92
- CERTIFICAZIONE DI INDENNITÀ' DI ACCOMPAGNAMENTO
- DI ESSERE IN ATTESA DEL RICONOSCIMENTO DI DISABILITÀ GRAVE, AI SENSI DELL'ART. 3, C. 3 DELLA L. 104/92

2. IL BENEFICIARIO OPPURE L'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE DICHIARA:

- DI ESSERE IN POSSESSO DI UNA CERTIFICAZIONE ISEE 2025 PARI A € _____;

3. CHE L'ASSISTENZA ALLA PERSONA VIENE GARANTITA DA:

- CARE GIVER FAMILIARE (INDICARE GRADO DI PARENTELA)



Arconate - Bernate Ticino - Buscate - Busto Garolfo - Canegrate - Cerro Maggiore
Castano Primo - Cuggiono - Dairago - Inveruno - Legnano - Magnago - Nerviano
Nosate - Parabiago - Rescaldina - Robecchetto Con Induno - S.Giorgio su Legnano
S.Vittore Olona - Turbigo - Villa Cortese - Vanzaghelo

ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE ASSUNTA/O PER UN MONTE ORE SETTIMANALE _____

4. CHE È STATO PROGRAMMATO UN PERIODO DI SOLLIEVO PRESSO: _____ NEL PERIODO DAL _____ AL _____ PER UN COSTO COMPLESSIVO DI € _____ DI CUI SI ALLEGA PREVENTIVO;
5. CHE LA PERSONA PER CUI SI PRESENTA DOMANDA NECESSITA DI PRESTAZIONI SOCIOASSISTENZIALI/TUTELARI AL DOMICILIO EROGATE DALLA COOP/ENTE _____ (INTERVENTO DI ASSISTENZA DOMICILIARE DI SOLLIEVO AL CARE GIVER FAMILIARE), DI CUI SI ALLEGA PREVENTIVO;
6. CHE A FAVORE DELLA PERSONA PER CUI SI PRESENTA DOMANDA VENGONO REALIZZATI PROGETTI EDUCATIVI/SOCIOEDUCATIVI COME MEGLIO DI SEGUITO SPECIFICATO, EROGATI DA _____, DI CUI SI ALLEGA PREVENTIVO;

IL BENEFICIARIO OPPURE L'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE DICHIARA INOLTRE

- di aver preso visione dell'Avviso per l'erogazione dei sostegni sopraindicati e di accettarne le condizioni;
- di non trovarsi in condizioni di incompatibilità così come descritte al punto 3 dell'avviso pubblico;
- di impegnarsi a dare ogni comunicazione, nel minor tempo possibile, di eventi che comportano la decadenza (per incompatibilità, cambio residenza, decesso del beneficiario) del diritto di assegnazione del sostegno al Comune di residenza;
- di essere a conoscenza che il Comune di residenza o l'Ufficio di Piano, ai sensi del decreto legislativo n. 109/1998 e del DPR 445/2000 art. 45, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che qualora dal controllo emergessero l'assenza di requisiti o l'errato I.S.E.E, sarà revocato ogni beneficio ed effettuato il recupero delle somme corrisposte e tutti gli eventuali adempimenti conseguenti.

ALLEGATI

- COPIA DELLA CERTIFICAZIONE DI GRAVITA' AI SENSI DELL'ART. 3 COMMA 3 DELLA LEGGE 104/1992;
- COPIA DEL CERTIFICATO DI INVALIDITA' CIVILE;
- COPIA DELL'ATTESTAZIONE RELATIVA AL POSSESSO DELL'INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO O INDENNITA' DI FREQUENZA;
- CERTIFICAZIONE ISEE 2025;
- PER L'INTERVENTO A SOSTEGNO DEI COSTI DI UN ASSISTENTE PERSONALE, ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE CONTRATTO DI LAVORO, EVIDENZIANDO IL MONTE ORE SETTIMANALE;
- PER GLI INTERVENTI DI ASSISTENZA DIRETTA DI CUI AL PUNTO 4b DELL'AVVISO ALLEGARE PREVENTIVI DI SPESA PER LE ATTIVITA' PREVISTE;
- COPIA CARTA D'IDENTITÀ E CODICE FISCALE BENEFICIARIO;
- COPIA CARTA D'IDENTITÀ E CODICE FISCALE DELLA PERSONA CHE SOTTOSCRIVE LA DOMANDA;
- EVENTUALE COPIA CARTA D'IDENTITÀ E CODICE FISCALE DEL TUTORE E/O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
- EVENTUALE COPIA DEL DECRETO DI NOMINA TUTORE E/O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO VOLONTARIA GIURISDIZIONE DI COMPETENZA;
- ALTRO (specificare): _____

DATA _____

Capofila Ambito Alto Milanese: Azienda Sociale del Legnanese SO.LE. – Piazza San Magno, 9, Legnano (20025) – MI

Sedi operative Ufficio di Piano:

Castano Primo, Piazza Mazzini, 43 20025 Castano Primo (MI) – Tel: 0331.877298

Legnano, Via XX Settembre, 30 20025 Legnano (MI) – Tel. 0331.1816360

Indirizzo@ ufficiodipiano@pianodizona-altomilanese.it

PEC: pdz@pec.pianodizona-altomilanese.it



Arconate - Bernate Ticino - Buscate - Busto Garolfo - Canegrate - Cerro Maggiore
Castano Primo - Cuggiono - Dairago - Inveruno - Legnano - Magnago - Nerviano
Nosate - Parabiago - Rescaldina - Robecchetto Con Induno - S.Giorgio su Legnano
S.Vittore Olona - Turbigo - Villa Cortese - Vanzaghelo

IL COMUNE DI _____

FIRMA richiedente/familiare/tutore/amministratore di sostegno
