

Allegato 1 – Domanda semplificata di continuità del contributo FNA Misura B2

Spett. Azienda Insieme per il Sociale

ALL. 1 - DOMANDA SEMPLIFICATA DI CONTINUITÀ DEL CONTRIBUTO FNA MISURA B2

INTESTATARIO DELLA DOMANDA DI CONTRIBUTO			
Cognome		Nome	
Luogo di nascita		Data di Nascita	
Residente a		Indirizzo	
Telefono		Email	
Stato civile		Codice Fiscale	

⇒ in qualità di diretto interessato

**NEL CASO IN CUI L'INTESTATARIO NON COINCIDE CON IL RICHIEDENTE,
COMPILARE ANCHE LA PARTE SOTTOSTANTE:**

Il sottoscritto			
Cognome		Nome	
Luogo di nascita		Data di Nascita	
Residente a		Indirizzo	
Telefono		Email	

⇒ in qualità di familiare/amministratore di sostegno/tutore/curatore del possibile beneficiario Misura B2:

Ruolo:

Nel caso in cui la persona sia in protezione giuridica:

- ⇒ in qualità di tutore
- ⇒ in qualità di curatore
- ⇒ in qualità di amministratore di sostegno

Nel caso in cui la persona 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)

AZIENDA SPECIALE CONSORTILE "INSIEME PER IL SOCIALE"

Sede legale e Sede operativa: Via Azalee, 14 – 20095 Cusano Milanino (MI)

Telefono: 02.66.42.97.50

e-mail: ufficio.piano@insiemeperilsociale.it

pec: ufficiodipiano.ipis@messaggipec.it

C.F./P.IVA: 08030790961 – **REA:** MI-1998531

(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 non vi sia un legale rappresentante:

- ⇒ in qualità di coniuge
- ⇒ in qualità di figlio
- ⇒ altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (indicare relazione di parentela: _____)

Si richiede una formale delega scritta da parte dell'interessato a presentare per suo conto domanda di Misura B2 (allegare delega firmata con fotocopia del documento d'identità del delegante)

CHIEDE

la continuità del **buono sociale mensile alla presenza di un assistente familiare regolarmente impiegato** per le persone in graduatoria finanziata nella precedente annualità (DGR 2033/2024).

A tal fine, presa visione dei requisiti al riguardo fissati dalla normativa regionale in materia e consapevole, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, delle responsabilità penali in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici conseguiti,

DICHIARA

- di essere in possesso dei requisiti stabiliti dalla DGR 3719/2024;
- il mantenimento dei requisiti già valutati lo scorso anno, che hanno dato seguito al punteggio in graduatoria e al conseguente accesso al finanziamento della MISURA B2 ANNO 2024 – DGR 2033/2024;
- che **nulla è variato rispetto a quanto dichiarato nella precedente annualità**; in caso di variazioni sarà necessario presentare una nuova domanda (All.2) che garantirà la continuità del beneficio ma verrà rideterminato l'importo del buono sulla base di quanto previsto all'art. 5 e 6 dell'”Avviso Pubblico FNA MISURA B2 - BUONO SOCIALE MENSILE IN CASO DI ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE IMPIEGATO A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE E ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI DGR 3719/2024 - Annualità 2025”.

AZIENDA SPECIALE CONSORTILE “INSIEME PER IL SOCIALE”

Sede legale e Sede operativa: Via Azalee, 14 – 20095 Cusano Milanino (MI)

Telefono: 02.66.42.97.50

e-mail: ufficio.piano@insiemeperilsociale.it

pec: ufficiodipiano.ipis@messaggipec.it

C.F./P.IVA: 08030790961 – **REA:** MI-1998531

DICHIARA ALTRESI'

- ☐ di aver preso visione dell'avviso pubblico FNA MISURA B2 ANNO 2025 (DGR 3719/2024);
- ☐ 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 della misura all'Ufficio di Piano;
- ☐ di essere a conoscenza che 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, sarà revocato ogni beneficio ed effettuato il recupero delle somme corrisposte e tutti gli eventuali adempimenti conseguenti.

Allega alla presente:

- ✓ **certificazione ISEE**
 - ⇒ ISEE Socio-sanitario in corso di validità entro i € 25.000,00
 - ⇒ ISEE Ordinario in corso di validità entro i € 40.000,00 solo per i minori con disabilità
- ✓ **documento d'identità** e, nel caso di cittadino non comunitario, copia permesso di soggiorno in corso di validità;
- ✓ All.4_Informativa e consenso al trattamento dei dati personali;
- ✓ Denuncia del rapporto di lavoro, lettera di impegno all'assunzione sottoscritta dalle parti, contratto di assunzione, nel caso di rinnovo di contratti a tempo determinato presentati nell'anno precedente.

In fede

Luogo e data Firma (1) _____

(firma del dichiarante) _____

(firma dell'altro genitore esercente la potestà genitoriale) _____

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

AZIENDA SPECIALE CONSORTILE "INSIEME PER IL SOCIALE"

Sede legale e Sede operativa: Via Azalee, 14 – 20095 Cusano Milanino (MI)

Telefono: 02.66.42.97.50

e-mail: ufficio.piano@insiemeperilsociale.it

pec: ufficiodipiano.ipis@messaggipec.it

C.F./P.IVA: 08030790961 – **REA:** MI-1998531