



COMUNE DI PORTO MANTOVANO

PROVINCIA DI MANTOVA

Area servizi alla Persona

Ufficio Servizi Sociali

AL COMUNE DI
SERVIZI SOCIALI

Oggetto: **richiesta misura regionale DGR 5940 misura a favore delle persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza**

Il/la sottoscritto/a.....
Nato/a il Residente a
in Via /Piazza C.F.....
Tel.
Titolo di soggiorno (se stranieri)

CHIEDE

Per se stesso
 Per il/la Sig/ra
nato/a..... il e residente a.....
in Via /Piazza
Titolo di soggiorno (se stranieri).....
tel.
di cui il sottoscritto è (grado di parentela)

DI POTER ACCEDERE ALLA MISURA REGIONALE A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE O COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA

Allo scopo dichiara che il sottoscritto, se eventuale beneficiario, o la persona per cui si chiede la misura:

- 1) ha un Isee di €
- 2) frequenta un Centro Diurno con retta totale a carico del Comune
 NON frequenta un Centro Diurno con retta totale a carico del Comune
- 3) nucleo familiare dell'eventuale beneficiario (barrare una delle seguenti caselle nel caso sia presente una delle seguenti condizioni):
 - presenza del nucleo di un solo familiare, oltre al beneficiario
 - nucleo composto solo dal beneficiario
 - presenza nel nucleo di altra persona con invalidità superiore al 74%
 - presenza del nucleo di sole persone (o più di una) con invalidità superiore al 74%

Strada Cisa 112, 46047 Porto Mantovano (MN)
tel 0376 389041 fax 0376 397847
e mail: protocollo@comune.porto-mantovano.mn.it
pec: comuneportomantovano@legalmail.it
cod. fisc.: 80002770206 p.iva 00313570202



COMUNE DI PORTO MANTOVANO

PROVINCIA DI MANTOVA

Area servizi alla Persona

Ufficio Servizi Sociali

4) la tipologia di intervento per cui si chiede la misura è la seguente:

- buono sociale mensile per compensazione assistenza del caregiver familiare
- buono sociale di personale impiegato con regolare contratto
- buono sociale mensile per progetti di vita indipendente (ausilio di un assistente personale con regolare contratto)
- contributo sociale per periodo di sollievo presso unità d'offerta residenziali sociosanitarie o sociali
- voucher sociali per acquisto di interventi complementari e/o integrative al sostegno alla domiciliarità
- voucher sociali per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità
- potenziamento degli interventi tutelari domiciliari (se persone già in carico al SAD comunale)

MONITORAGGIO E CONTROLLI

Il Comune di potrà effettuare, tramite gli assistenti sociali comunali, la verifica della conformità dell'utilizzo della prestazione rispetto al progetto concordato.

Si prevedono inoltre ulteriori momenti di verifica e controllo per nominativi di beneficiari scelti a campione.

E' fatto obbligo comunicare al servizio sociale comunale ogni variazione che comporti il venir meno del diritto alla prestazione.

Il sottoscritto:

- **prende atto** che ai sensi dell'art.13 del D.lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi a cui il procedimento, per il quale si richiede la dichiarazione di cui sopra;

- **prende atto** inoltre che sui dati dichiarati il Comune potrà effettuare controlli da parte degli organi preposti, ai sensi dell'articolo 71 del DPR n. 445 del 2000 e ai sensi degli articoli 4, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e 6, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221, e successive modificazioni

In caso di concessione di buono chiede che il pagamento avvenga:

- direttamente al beneficiario
- al Sig/ra
residente a in via
C.F.
Come da delega del beneficiario allegata

Le modalità in cui si chiede il pagamento sono le seguenti:

- a cassa

Strada Cisa 112, 46047 Porto Mantovano (MN)

tel 0376 389041 fax 0376 397847

e mail: protocollo@comune.porto-mantovano.mn.it

pec: comuneportomantovano@legalmail.it

cod. fisc.: 80002770206 p.iva 00313570202



COMUNE DI PORTO MANTOVANO

PROVINCIA DI MANTOVA

Area servizi alla Persona

Ufficio Servizi Sociali

tramite accredito sul c/c di cui al seguente codice

IBAN.....

ALLEGA

- Certificato di invalidità civili del beneficiario con indicante la condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art.3, comma 3 della Legge 104/1992
- Copia per ciascun soggetto riconosciuto invalido del relativo verbale rilasciato dalla Commissione ASST
- Eventuale copia del contratto per lo svolgimento del servizio dell'assistente familiare
- Eventuale delega del beneficiario
- Eventuale titolo di soggiorno

Data _____

In fede
