

Ambito di Saronno



Al

COMUNE DI SARONNO  
c.a. Ufficio di Piano

**Domanda di contributo  
FNA DGR 2033/2024 - MISURA B2 Anno 2024**

**Importante:**

**prima di procedere alla compilazione della domanda, si raccomanda la lettura completa del bando, per la verifica preliminare della sussistenza dei requisiti (con particolare attenzione alla verifica di eventuali incompatibilità con altre misure/interventi di cui si sia già fruitori ed alle soglie ISEE di accesso per ciascun intervento).**

**IL RICHIEDENTE**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**in qualità di:**

**Diretto interessato**

**Genitore/Coniuge/Figlio/altro familiare**

**Tutore/Curatore**

**Amministratore di sostegno**

ai sensi della DGR **2033/2024** e dell'Avviso Pubblico dell'Ambito di Saronno

**CHIEDE**

**a favore del beneficiario:** (compilare solo se il beneficiario è diverso dal richiedente):

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**il riconoscimento del seguente intervento:**

<input type="checkbox"/> <b>A1 - Buono sociale</b> per persone non autosufficienti assistite a domicilio da <b>caregivers familiari/parenti/volontari</b>
<input type="checkbox"/> <b>A2 - Buono sociale</b> per persone non autosufficienti assistite a domicilio da <b>badanti (caregivers professionali) regolarmente assunte</b>
<input type="checkbox"/> <b>VM - Voucher sociale</b> per sostenere percorsi integrativi sociali di <b>minori (fino a 18 anni) con disabilità</b>
<input type="checkbox"/> <b>VA - Voucher sociale</b> per sostenere percorsi integrativi sociali di <b>adulti o anziani</b>
<input type="checkbox"/> <b>B – Buono sociale per sostenere la realizzazione del progetto di vita indipendente di adulti (dai 18 ai 64 anni) con disabilità</b>

A tal fine, consapevole che ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi Speciali vigenti in materia e sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

- che il beneficiario si trova nelle condizioni per accedere all'intervento richiesto;
- di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi dell'Art. 71, D.P.R. n. 445/2000, potrà procedere ad 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 norme vigenti;
- di essere a conoscenza che l'equipe pluriprofessionale determinerà la misura appropriata in base alla valutazione multidimensionale, anche disponendo un beneficio diverso da quello richiesto;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che comporti la revoca dell'intervento
- che il beneficiario è già fruitore di (*barrare le voci interessate*):
  - buono/voucher sociale da parte del Comune;
  - SAD/ADI;
  - Home Care Premium INPS
  - Contributo DOPO DI NOI: (*specificare*) \_\_\_\_\_;
  - ADI (ex. Reddito di Cittadinanza)
  - Bonus Assistenti Familiari
  - Altro (*specificare*): \_\_\_\_\_
  - Frequenza strutture diurne (es.: CDD, CSE, SFA): numero ore settimanali \_\_\_\_\_
- che il minore frequenta (*solo per azione A1 in favore di un minore*):
  - centri diurni/strutture ad integrazione dell'obbligo scolastico  
denominazione del centro/struttura: \_\_\_\_\_
- che il caregiver familiare è individuato nella persona di \_\_\_\_\_ (legame di parentela) \_\_\_\_\_ che si occupa del beneficiario per n. ore \_\_\_\_\_ al giorno.

**Per dettagli su misure/interventi la cui fruizione è incompatibile con la Misura B2 e che pertanto non rendono possibile presentare questa domanda, si rimanda a pag. 7 "Compatibilità della Misura B2 con altre misure in vigore" del bando.**



6. Per domande relative al **Voucher minori/adulti/anziani e Pro.Vi** il **progetto** da finanziare dovrà essere **tassativamente** presentato contestualmente alla domanda. In assenza di tale documentazione la domanda non potrà essere accolta.

**Il termine ultimo per la presentazione delle domande è il 20/06/2024**

**Non verranno accettate domande presentate oltre tale data.**

*Nell'eventualità di risorse residue da assegnare dopo aver esaurito le graduatorie ufficiali costituite, si procederà all'apertura di un nuovo bando con una nuova raccolta di domande.*

➤ **Modalità di presentazione della domanda:**

La domanda potrà essere presentata:

- all'Ufficio Protocollo del Comune di Saronno – Piazza della Repubblica 7.

Da lunedì a venerdì dalle 8:30 alle 12:30

Il giovedì pomeriggio su appuntamento 14:30 -17:30 (tel. 02967101)

- A mezzo PEC/PEO [comunesaronno@secmail.it](mailto:comunesaronno@secmail.it)  
[protocollo@comune.saronno.va.it](mailto:protocollo@comune.saronno.va.it)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.:**

Si informa che:

- il consenso al trattamento dei dati personali è necessario per poter erogare la prestazione richiesta, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all'attività del Comune;
- il trattamento dei dati avverrà mediante l'utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici;
- i dati non saranno comunicati a terzi, fatti salvi gli obblighi di legge, e l'ambito di diffusione degli stessi è limitato ai soli addetti agli uffici comunali del Distretto deputati alla gestione della pratica;
- il Titolare del trattamento è il Comune di SARONNO e Responsabile del trattamento è il Responsabile dell'AREA INCLUSIONE E CULTURA.

**Per presa visione della presente informativa e relativo consenso:**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_