

di poter accedere alla valutazione multidimensionale integrata per la definizione di un Progetto Individuale di Assistenza comprensivo delle misure previste ai sensi della DGR 6674/2017 in favore delle persone con disabilità grave e prive di sostegno familiare:

- Misura residenzialità autogestita in gruppo di appartamento autogestito;
- Misura residenzialità autogestita in cohousing/housing.

DICHIARA

- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione riguardante:
 - l'eventuale ricovero in ospedale, in istituto di riabilitazione o in struttura residenziale;
 - eventuali altri motivi che facciano venire meno la necessità di cure domiciliari o il diritto alle prestazioni previste dalla D.G.R. DGR 5940/2016 misura B2;
- Che, nel caso di erogazione del buono sociale, il beneficiario desidera riscuotere le eventuali provvidenze economiche tramite accredito sul conto corrente (allegare documento bancario/postale attestante IBAN)

A TAL FINE ALLEGA

- Copia del documento d'identità e tessera sanitaria del beneficiario dell'intervento
- Copia del documento d'identità di chi presenta l'istanza, se persona diversa dal beneficiario dell'intervento.
- Copia del riconoscimento Gravità Handicap ai sensi L. 104 / 92 art. 3 c.3
- ISEE come da normativa vigente e in corso di validità (da utilizzare ai fini della formulazione della graduatoria)
- Se la domanda viene presentata da amministratore di sostegno, curatore o tutore allegare copia del documento di identità e copia del decreto di nomina del Tribunale.
- Documentazione attestante n. conto corrente e relativo IBAN, fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente
- Copia contratto per assistente personale
- Altro (specificare): _____

DICHIARA

inoltre di essere a conoscenza che il Comune di residenza, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non

UFFICIO DI PIANO DEL DISTRETTO SOCIALE PAULLESE

presso SETTORE SERVIZI SOCIALI Comune di Peschiera Borromeo

Via XXV Aprile, 1 - 20068 Peschiera Borromeo tel. 02516901 fax 0255301469

Codice Fiscale 80101570150 Partita Iva 05802370154 www.peschieraborromeo.mi.it



Città di
Peschiera
Borromeo

**CONVENZIONE INTERCOMUNALE PER LA GESTIONE ASSOCIATA
DEI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI-EDUCATIVI**

Comuni di: Mediglia, Pantigliate, Paullo, Peschiera Borromeo (Ente Capofila), Tribiano
Provincia di Milano



veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

Data _____

Firma _____

UFFICIO DI PIANO DEL DISTRETTO SOCIALE PAULLESE

presso SETTORE SERVIZI SOCIALI Comune di Peschiera Borromeo

Via XXV Aprile, 1 - 20068 Peschiera Borromeo tel. 02516901 fax 0255301469

Codice Fiscale 80101570150 Partita Iva 05802370154 www.peschieraborromeo.mi.it



Città di
Peschiera
Borromeo

**CONVENZIONE INTERCOMUNALE PER LA GESTIONE ASSOCIATA
DEI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI-EDUCATIVI**

Comuni di: Mediglia, Pantigliate, Paullo, Peschiera Borromeo (Ente Capofila), Tribiano
Provincia di Milano



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il sottoscritto _____

acquisite le informazioni di cui all' informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, consapevole che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" come definiti all'art. 4 lett. d) del citato decreto, vale a dire "*i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale*"

presta

il suo consenso al trattamento dei dati sensibili nell'ambito e per le finalità del procedimento oggetto della presente domanda.

Data _____

Firma _____

Considerato che **il signor/ra** _____

non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere,

Il sottoscritto _____ in qualità di

FAMILIARE TUTORE CURATORE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

acconsente

al trattamento dei dati sensibili nell'ambito del procedimento inerente la domanda di valutazione integrata per persone con gravissima disabilità, ai sensi della DGR 4249/15, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.

Data _____

Firma _____

UFFICIO DI PIANO DEL DISTRETTO SOCIALE PAULLESE

presso SETTORE SERVIZI SOCIALI Comune di Peschiera Borromeo

Via XXV Aprile, 1 - 20068 Peschiera Borromeo tel. 02516901 fax 0255301469

Codice Fiscale 80101570150 Partita Iva 05802370154 www.peschieraborromeo.mi.it