

Spett. Azienda Insieme per il Sociale

**ISTANZA PER L'INDIVIDUAZIONE DEI BENEFICIARI PER IL SOSTEGNO ALLA  
VITA INDIPENDENTE E INCLUSIONE SOCIALE DELLE PERSONE CON  
DISABILITA'  
AMBITO DI CINISELLO BALSAMO – PRO.V.I. 2022**

IL SOTTOSCRITTO:

Nome e Cognome .....  
nato a ..... il .....  
residente a ..... in via.....n°.....  
Codice Fiscale .....  
recapito telefonico .....  
indirizzo e-mail .....

in qualità di  diretto interessato  
oppure  
 amministratore di sostegno  tutore  altro (specificare) .....

del/della sig./ra .....  
nato a ..... il .....  
residente a ..... in via.....n°.....  
recapito telefonico .....  
indirizzo e-mail .....

**DICHIARA**

Certificazione invalidità: \_\_\_\_\_ %

Indennità di accompagnamento: **SI** **NO**

CONDIZIONE SOCIO ECONOMICA da allegare
CONDIZIONI ECONOMICHE - ISEE _____
DI AVER PRESENTATO DSU IN DATA: __/__/____

FAMIGLIARI/PERSONE SIGNIFICATIVE DEL RICHIEDENTE			
RAPPORTO DI PARENTELA	COGNOME NOME	DATA DI NASCITA	RESIDENZA

**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

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


Indicare il CAREGIVER familiare (specificare il grado di parentela): \_\_\_\_\_ e la condizione lavorativa \_\_\_\_\_.

- Se il richiedente è assistito da un assistente personale regolarmente assunto, indicare il nominativo:

ASSISTENTE PERSONALE			
CONTRATTO (part time, full time, specificando le ore o h 24/24)	COGNOME NOME	DATA DI NASCITA	NAZIONALITA'

Il POSSIBILE BENEFICIARIO ha già beneficiato nel 2022/2023 del Pro.V.I. 2020:

- SI   
NO

Il POSSIBILE BENEFICIARIO ha già beneficiato negli anni precedenti di interventi a carico del **FNA – Misura B1 o B2:**

- Nessuno
- SI – interventi della Misura B1, quali .....
- SI – interventi della Misura B2, quali .....

Il POSSIBILE BENEFICIARIO sta beneficiando negli anni precedenti di interventi sostenuti mediante i fondi legge **112/2016 (legge sul Dopo di Noi):**

- SI'   
NO

Per quali interventi: .....

Il POSSIBILE BENEFICIARIO:

- È in carico al Servizio Sociale Territoriale: SI NO  
 Assistente sociale di riferimento: \_\_\_\_\_

**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

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

- Beneficia di SAD e/o di servizi complementari (pasto, trasporto, ecc....): SI  
NO: quali, \_\_\_\_\_
- Beneficia di altri contributi erogati per la medesima finalità (es. Home care premium – contributo per assistenti familiari, Misura B2 buono assistente familiare...):  
\_\_\_\_\_
- Frequenta Unità d’offerta semiresidenziali: SI      NO
- Se SI quale \_\_\_\_\_;
- part time
  - full time

IL POSSIBILE BENEFICIARIO con chi vive:

- Da solo
- Con la propria famiglia (coniuge/convivente senza figli)
- Con la propria famiglia (coniuge/convivente con figli)
- Con la famiglia d’origine (genitori, fratelli/sorelle)

### CHIEDE

Indicare almeno due aree:

MACROAREE		Indicare con una X
1	<b>AREA ASSISTENZA PERSONALE ASSUNTA CON CONTRATTO REGOLARE</b>	
2	<b>AREA ABITARE IN AUTONOMIA</b>	
2.1	SPESE DI LOCAZIONE	
2.2	SPESE CONDOMINIALI	
2.3	SPESE UTENZE	
2.4	SPESE DI ALTRO PERSONALE DIVERSO DALL’ASSISTENTE PERSONALE (es: Educatore, ...)	
3	<b>INCLUSIONE SOCIALE E RELAZIONALE</b>	

Sinteticamente descrivere la motivazione progettuale relativa alla richiesta di tale contributo:

---



---



---

### IL RICHIEDENTE

si impegna ad elaborare in accordo con i servizi sociali territoriale, un progetto dettagliato, comprendendo anche l’ente erogatore individuato, se presente, che attuerà gli interventi.

Per i progetti dove viene richiesto solo il contributo per l’assistente personale, non viene richiesto un ente erogatore, ma si richiederà solo il contratto stipulato con l’assistente personale scelto dal beneficiario.

---

**ALLEGA**

- FOTOCOPIA CARTA IDENTITA' DEL RICHIEDENTE/POSSIBILE BENEFICIARIO
- VERBALE INVALIDITA'
- ISEE SOCIOSANITARIO O ISEE ORDINARIO
- ALTRA EVENTUALE DOCUMENTAZIONE SANITARIA
- CONTRATTO E BUSTA PAGA ASSISTENTE PERSONALE (se richiesta area assistente personale)
- All.2- Informativa privacy e consenso al trattamento dei dati personali

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

---

**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](mailto:ufficio.piano@insiemeperilsociale.it)

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