

Spett. Azienda Insieme per il Sociale

ALL. 1 - DOMANDA DI PROSECUZIONE DEL CONTRIBUTO PER IL PERSONALE DI ASSISTENZA REGOLARMENTE IMPIEGATO IN FAVORE DELLE PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI A BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE E DELLE PERSONE CON DISABILITÀ E NECESSITÀ DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO GIA' BENEFICIARIE DELLA MISURA B2 NELLA PRECEDENTE ANNUALITA' - DGR 6320/2026

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

|| in qualità di diretto interessato

oppure

**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		E-mail	

in qualità di:

(Nel caso in cui la persona sia in protezione giuridica):

- ☐ tutore/curatore (provvedimento nomina n° _____)
- ☐ procuratore (provvedimento nomina n° _____)
- ☐ amministratore di sostegno (provvedimento nomina n° _____)

(Nel caso in cui la persona sia di minore età):

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

- ☐ genitore, in possesso della responsabilità genitoriale in via esclusiva
☐ genitore, in possesso della responsabilità genitoriale in modo congiunto

madre _____ (nome e cognome)

padre _____ (nome e cognome)

(N.B.: Nel caso la responsabilità genitoriale sia esercitata in modo congiunto, è necessario che la domanda, seppur 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):

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

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

CHIEDE

la prosecuzione del progetto individuale in essere.

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

1. Di essere in possesso dei requisiti stabiliti dalla DGR 6320/2026 ☐
2. Che NON sono intervenute variazioni rispetto alla precedente valutazione SI ☐
(se sì, saltare punto 3)

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

3. Che sono intervenute variazioni rispetto alla precedente valutazione,
relativamente a:

SI ☐

- ☐ le condizioni cliniche e funzionali del beneficiario
- ☐ i bisogni assistenziali, educativi o socioeducativi
- ☐ il caregiver familiare
- ☐ il rapporto contrattuale con il personale di assistenza (**allegare nuova documentazione**)
- ☐ i seguenti dati di residenza/domicilio:

☐ Il seguente contatto di riferimento per le comunicazioni:

Nominativo: _____

Indirizzo e-mail _____

Numero di telefono _____

☐ i dati relativi all'Iban (vedasi dichiarazione in calce)

DICHIARA ALTRESI'

- ☐ di aver preso visione dell'avviso pubblico FNA MISURA B2 ANNO 2026 (DGR 6320/2026);
- ☐ 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 sospensione o 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.

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

Esprime il proprio **consenso** affinché i **dati personali** forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D. Lgs. n. 196/2003 novellato dal D. Lgs. n. 101/2018. In mancanza del consenso al trattamento dei dati, l'Ente preposto sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richiesti e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge.

Per gli adempimenti connessi alla presente procedura si precisa che:

I dati personali o sensibili presenti nell'istanza sono necessari per poter erogare le prestazioni, i servizi e i contributi richiesti, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all'attività dell'Ente. I dati stessi potranno essere trattati anche in seguito al termine della prestazione erogata, nei limiti sopraindicati.

Il trattamento e l'archiviazione dei dati avverrà mediante l'utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere eseguito sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici.

I dati forniti non saranno diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

Tali dati saranno comunicati ai seguenti soggetti determinati:

- Operatori degli Uffici dell'ASST afferenti all'ATS, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale;
- Operatori degli Uffici dell'ATS, appositamente incaricati ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale dell'Ente;
- Società, Enti/Aziende, accreditate e contrattualizzate, per l'erogazione del Voucher Socio Sanitario e nominate Responsabili del trattamento dei dati personali;
- Società, Enti/Aziende che, per conto dell'ATS, forniscano specifici servizi elaborativi, che svolgano attività connesse, strumentali o di supporto a quella dell'Ente od attività necessarie all'esecuzione di tutte le prestazioni da Lei richieste o che richiederà;
- soggetti, pubblici e privati, che possono accedere ai dati personali in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme;

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

- operatori dei Comuni/Uffici di Piano, nell'ambito di verifiche e di progetti specifici finalizzati all'integrazione dei servizi socioassistenziali con i servizi sociosanitari;
- suo Medico di famiglia (MMG o PLS).

I riferimenti del Titolare del trattamento dati, del Responsabile del trattamento dati e del Responsabile protezione dati (RPD/DPO) sono depositati presso gli uffici preposti dei singoli enti autorizzati al trattamento dei dati.

Allega alla presente:

- ✓ **certificazione ISEE**
 - ☐ ISEE Sociosanitario in corso di validità entro i € 25.000,00
 - ☐ ISEE Ordinario in corso di validità entro i € 40.000,00 solo per i minori
- ✓ **documento d'identità** e, nel caso di cittadino non comunitario, copia permesso di soggiorno in corso di validità;
- ✓ **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), ultime 2 buste paga (giugno e luglio) e rispettivo pagamento.
- ✓ Nel caso in cui la domanda non sia presentata dall'intestatario e non ci sia un legale rappresentante, **delega dell'intestatario e fotocopia del documento di identità del delegato.**

In fede

Luogo e data Firma _____

Firma del dichiarante _____

Firma dell'altro genitore esercente la potestà genitoriale _____

(N.B. 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

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