



**Amministrazione destinataria**  
Comune di Rivarolo Mantovano

**Ufficio destinatario**  
Ufficio Assistente Sociale

## Domanda di erogazione del contributo a favore delle persone con disabilità grave o in condizione di non autosufficienza - misura B2

### Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata						

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

a favore di

- sé stesso  
 del seguente familiare o tutelato

### soggetto interessato

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, familiare, tutore legale, ecc.)											

## CHIEDE

l'erogazione del contributo a favore delle persone con disabilità grave o in condizione di non autosufficienza per l'attivazione di

### Tipologia di servizio

- prestazioni indirette
- buono sociale mensile esclusivamente a sostegno del caregiver familiare  
*(anche non convivente)*
  - buono sociale mensile a sostegno del caregiver dell'assistente familiare regolarmente impiegato  
*(anche non convivente)*
- prestazioni dirette
- prestazioni di sollievo per il caregiver familiare
  - percorsi di sostegno psicologico rivolti al caregiver familiare  
*(sia individuali che di gruppo)*
  - interventi di formazione o addestramento per rinforzare il lavoro di cura

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

- che il beneficiario del contributo è in possesso del seguente ISEE

Importo	Data di rilascio	Data di scadenza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

€

- di impegnarsi a comunicare tempestivamente agli operatori del servizio sociale del proprio comune di residenza o del Centro Multiservizi di Viadana

- eventuali ricoveri
- decessi del beneficiario della misura B2
- altri motivi ostativi all'erogazione del contributo (\*)

- che il beneficiario

- è in possesso di un certificato di invalidità civile al 100%
- ha diritto all'indennità di accompagnamento
- possiede una certificazione di disabilità grave ai sensi della Legge 05/02/1992, n. 104, art. 3 com. 3

(\*) L'erogazione del contributo è incompatibile con:

- voucher anziani e disabili (ex DGR n. 7487\2017 e DGR n. 2564\2019);
- accoglienza definitiva presso unità d'offerta residenziali sociosanitarie o sociali, quali: RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità;
- Misura B1;
- Ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- Contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato;
- Presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;
- Home Care Premium/INPS HCP;

## DICHIARA INOLTRE

che il beneficiario del contributo è in possesso della seguente tipologia di certificazione

- demenza
- disabilità in seguito ad un evento traumatico  
*(es. incidente, caduta, trauma parto, ecc. – Tetraplegia, Emiplegia, Cerebrolesione, ecc.)*
- disabilità non post traumatiche  
*(es. ictus, malattie cerebrovascolari, ecc. – Tetraplegia, Emiplegia, ecc.)*
- malattie del moto-neurone
- encefalopatia di natura metabolica infettiva o ereditaria  
*(es. Spasticismo, Cerebrolesioni, ecc.)*
- disabilità sensoriale
- disabilità comportamentale  
*(compresi disturbi dello spettro autistico)*
- ritardo mentale
- sindromi congenite su basi cromosomiche  
*(es. sindrome di Down, ecc.)*
- distrofie muscolari e altre miopatie
- sclerosi multipla
- altra malattia neurodegenerativa  
*(es. malattia di Huntington, ecc.)*
- altro

Specificare

che il beneficiario del contributo fruisce dei seguenti servizi o sostegni economici

- nessuno
- ricovero di sollievo presso RSA o RSD

Periodo

Dal

Al

- servizio assistenza domiciliare (SAD)  
*servizio assistenza domiciliare (SAD)*

- sostegno "Dopo di Noi"

Tipologia di progetto

Importo

€

- misura case management ex DGR 392/2013

- servizi scolastici

Tipologia

Istituto

- scuola della prima infanzia
- scuola dell'infanzia
- scuola primaria
- scuola secondaria di primo grado
- scuola secondaria di secondo grado

- servizio di assistenza ad personam in ambito scolastico
- dopo scuola
- educativa domiciliare

- centro socio educativo (CSE)  
*(fino 14 ore settimanali)*
- centro diurno disabili (CDD)  
*(fino 14 ore settimanali)*
- centro diurno integrato (CDI)  
*(fino 14 ore settimanali)*
- riabilitazione ambulatoriale
- riabilitazione domiciliare
- sperimentazione riabilitazione minori ambulatoriale
- voucher anziani al caregiver familiare ex DGR 7487/2017
- prestazioni del progetto "Home Care Premium"
- frequenza servizi riabilitativi scolastici e non
- servizio di educativa domiciliare
- altro

**Specificare**

### COMUNICA

le coordinate bancare per il rilascio del contributo

**Istituto**

**IBAN**

**Codice BIC (swift) (se conto estero)**

**Intestatario del conto corrente**

- il sottoscritto è intestatario del conto corrente
- l'intestatario del conto corrente è la seguente persona fisica

**Cognome**

**Nome**

**Codice Fiscale**

**Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)**

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Rivarolo Mantovano

Luogo

Data

il dichiarante