



BOVISIO MASCIAGO CESANO MADERNO DESIO LIMBIATE MUGGIÒ NOVA MILANESE VAREDO

**MODULO PER LA DICHIARAZIONE DI MANTENIMENTO DEI REQUISITI AL FINE DEL
PERCEPIMENTO DEL CONTRIBUTO
MISURA B2 DGR XI/2862 DEL 18/02/2020**

**COMPILARE E CONSEGNARE PRESSO I SERVIZI SOCIALI DEL PROPRIO COMUNE DI RESIDENZA
CON IL SEGUENTE SCADENZIARIO:**

- 2° TRIMESTRE GIUGNO/LUGLIO/AGOSTO 2020 – entro 04/09/2020
- 3° TRIMESTRE SETTEMBRE/OTTOBRE/NOVEMBRE 2020 – entro 04/12/2020
- 4° TRIMESTRE DICEMBRE 2018/GENNAIO/FEBBRAIO 2021 – entro 08/01/2021

**SI RACCOMANDA LA MASSIMA PUNTUALITA' PER CONSENTIRE LA LIQUIDAZIONE DEI CONTRIBUTI NEI
TERMINI PREVISTI DALL'AVVISO.**

AL COMUNE DI _____

AMBITO DI DESIO

Il sottoscritto

Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____

Tel. _____ e-mail (obbligatorio) _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

In qualità di

DIRETTO INTERESSATO

GENITORI o in caso di affidamento esclusivo Madre Padre

TUTORE nominato con decreto n. _____ del _____

CURATORE nominato con decreto n. _____ del _____

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. _____ del _____

di **Nome** _____ **Cognome** _____

Categoria

ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE

PERSONA CON DISABILITA' ADULTA

PERSONA CON DISABILITA' MINORENNE

Nato a _____ il _____ sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

DICHIARA

- PER SE' PER LA PERSONA PER LA QUALE INOLTRO LA DICHIARAZIONE

TRIMESTRE DI RIFERIMENTO

- GIUGNO/LUGLIO/AGOSTO 2020
 SETTEMBRE/OTTOBRE/NOVEMBRE 2020
 DICEMBRE 2018/GENNAIO/FEBBRAIO 2021

il **mantenimento dei requisiti e delle condizioni** dichiarati nel momento di presentazione della domanda,

ovvero che nel trimestre di riferimento si **sono verificate le seguenti situazioni** (barrare una o più caselle):

- ricovero in ospedale o altra struttura residenziale

DAL _____ AL _____ PRESSO _____

- trasferimento dalla residenza in altro Comune di Desio

SPECIFICARE _____

- modifica composizione del nucleo familiare

SPECIFICARE _____

- modifica delle condizioni reddituali della famiglia

SPECIFICARE _____

- aggiornamento delle condizioni sanitarie del beneficiario o altra persona del nucleo familiare

SPECIFICARE _____

- modifica del contratto dell'assistente familiare

SPECIFICARE _____

- cessazione del rapporto con l'assistente familiare

SPECIFICARE DAL _____

- percepimento misura B1

SPECIFICARE DAL _____

- altro

SPECIFICARE _____

DICHIARA INOLTRE

di essere consapevole:

- delle responsabilità penali assunte ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell'art. 75 del DPR 445/2000, la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità;
- che sui dati dichiarati, e sulla loro veridicità, potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000;
- che i beneficiari della Misura B1, non possono beneficiare anche degli interventi previsti dalla Misura B2;

SI IMPEGNA A

1. comunicare con il calendario sopra indicato, al Comune di propria residenza i cambiamenti relativi ai requisiti che hanno dato diritto al percepimento della misura, come sopra specificato.
2. comunicare tempestivamente l'eventuale accoglimento della domanda di valutazione integrata della condizione di non autosufficienza per accedere alla MISURA B1.

Data _____

Firma _____