

Domanda per l'assegnazione del fondo per la non autosufficienza 2023 a persone con disabilità grave o comunque non autosufficienti – Misura B2 ([DGR n. XI/7751 del 28.12.2022](#))

1. MODALITÀ DI UTILIZZO E MODALITÀ DI ACCESSO

Per una corretta compilazione della domanda occorre:

- Leggere attentamente l'Avviso e i requisiti richiesti per inviare la domanda;
- Autenticarsi con le proprie credenziali SPID.
N.B: nel caso di persona delegata dal beneficiario, il richiedente deve utilizzare le proprie credenziali e dichiarare nel modulo di essere delegato alla compilazione dal beneficiario del contributo (sarà necessario allegare la delega e i documenti del beneficiario);
- Utilizzare una connessione stabile preferibilmente via cavo o wifi (fibra);
- Per l'invio della domanda si consiglia di utilizzare preferibilmente una postazione fissa PC. Anche se è possibile procedere all'invio con dispositivi mobili (cellulari) si sconsiglia questa modalità;
- Assicurarsi che gli allegati richiesti durante la compilazione della domanda non superino il peso di 5 MB, altrimenti sarà impossibile completare l'invio della domanda;
- Assicurarsi che gli allegati caricati siano leggibili.

2. COMPILAZIONE DELLA DOMANDA

Per compilare la domanda occorre accedere al seguente link:

<https://www.icareapp.it/icare-domandeonline-pdzcorsichese/home>

Procedere autenticandosi con le proprie credenziali SPID. Una volta autenticati il Sistema propone la domanda da compilare.

Si ricorda che i dati con l'asterisco * **rosso** sono obbligatori.

N.B: i dati anagrafici collegati all'autenticazione SPID sono già proposti dal Sistema.

Domanda per l'assegnazione del fondo per la non autosufficienza 2023 a persone con disabilità grave o comunque non autosufficienti - Misura B2 (DGR n. 7751/2022)

Dati anagrafici

Accesso effettuato come: PDZCORSICHESE

Dati richiedente

ATTENZIONE! Nel caso il richiedente coincide con il beneficiario compilare tutti campi di entrambi i soggetti (richiedente/beneficiario).

Dati soggetto

Dati anagrafici

Cognome *

Cognome

Nome *

Nome

Codice fiscale *

CGNNMO80A01F205P

Cittadinanza *

ITALIANA

Sesso *

☒ Maschio ☐ Femmina

Dati di nascita

Data di nascita *

01/01/1980

Stato di nascita *

ITALIA

Provincia di nascita *

MILANO

Comune di nascita *

CESANO BOSCONI



Residenza

Provincia di residenza *

MILANO

Comune di residenza *

CESANO BOSCONI

Indirizzo *

via Fontanile Aiana

N. Civico *

8

CAP *

20900

Recapiti

Recapiti

Numero di telefono *

+39 3234223232

Digitare nuovamente numero di telefono *

+39 3234223232

E-mail *

mail@mail.it

Digitare nuovamente e-mail *

mail@mail.it

Figura 1 Sezione Anagrafica

Nella sezione “**Dati Beneficiario**” inserire i dati del soggetto Beneficiario della misura.

Attenzione: nel caso il beneficiario sia un minore, i campi relativi ai recapiti andranno compilati con quelli del genitore/tutore/affidatario.

Attenzione: si ricorda che i dati con l'asterisco * **rosso** sono obbligatori.

Dati beneficiario

ATTENZIONE! Nel caso il beneficiario sia un minore, i campi relativi ai recapiti andranno compilati con quelli del genitore/tutore/affidatario.

Dati soggetto

Dati anagrafici

Cognome *

Cognome

Nome *

Nome

Codice fiscale *

CGNNMO80A01F205P

Cittadinanza *

ITALIANA

Sesso *

☒ Maschio ☐ Femmina

Dati di nascita

Data di nascita *

01/01/1980

Stato di nascita *

ITALIA

Provincia di nascita *

MILANO

Comune di nascita *

MILANO

Residenza

Provincia di residenza *

MILANO

Comune di residenza *

CESANO BOSCONO

Indirizzo *

via Fontanile Aiana

N. Civico *

8

CAP *

20090

Recapiti

Recapiti

Numero di telefono *

+39 323422323232

Digitare nuovamente numero di telefono *

+39 323422323232

E-mail *

mail@mail.it

Digitare nuovamente e-mail *

mail@mail.it

Figura 2 Dati Beneficiario

Nella schermata seguente inserire tutti i componenti del nucleo familiare. Per aggiungere più componenti occorre selezionare il pulsante [Aggiungi nuovo componente](#).

Dati nucleo
 Inserire TUTTI i componenti del nucleo familiare.

Dati nucleo

Dati anagrafici soggetto

Cognome *

Nome *

Genere *

Codice fiscale *

Data di nascita *

Grado di parentela *

Figura 3 Dati Beneficiario

Nella sezione “*Dichiarazioni*” occorre valorizzare le seguenti domande:

- Il richiedente coincide con il beneficiario? I valori possibili sono “SI” oppure “NO”.

Dichiarazioni

Dichiarazioni

Il richiedente coincide con il beneficiario? *

L'utente ha già beneficiato del contributo per la Misura B2 nell'anno 2022 *

Figura 4 Dichiarazioni

Attenzione: selezionando “NO” il Sistema richiede di compilare le seguenti informazioni:

- Il richiedente compila l’istanza in qualità di? Aprire il menu a tendina e selezionare un valore.

Procedere compilando i campi documento di riconoscimento del Richiedente e del Beneficiario.

Attenzione: scaricare la delega alla compilazione della domanda selezionando il link “*visualizza modulo*” che andrà infine allegato alla domanda.

Dichiarazioni

Dichiarazioni

Il richiedente coincide con il beneficiario? *

No

Il richiedente compila l'istanza in qualità di? *

Nessun valore selezionato

Nessun valore selezionato

Caregiver

Amministratore di sostegno

Tutore

Familiare

Altro

Affidatario

Curatore

Documenti di riconoscimento

• Richiedente:

Tipo documento *

Nessun valore selezionato

N. documento *

Rilasciato da *

Nessun valore selezionato

Luogo di rilascio *

Data rilascio *

gg/mm/aaaa

• Beneficiario:

Tipo documento *

Nessun valore selezionato

N. documento *

Rilasciato da *

Nessun valore selezionato

Luogo di rilascio *

Data rilascio *

gg/mm/aaaa

Scaricare la delega per la compilazione della domanda: [\(visualizza modulo\)](#)

Comune di competenza *

Comune di Cesano Boscone

L'utente ha già beneficiato del contributo per la Misura B2 nell'anno 2022 *

No

Figura 5 Dichiarazioni: compilazione istanza in qualità di

Proseguire nella compilazione delle dichiarazioni indicando il Comune di competenza aprendo il menu a tendina.

Selezionare se l'utente ha già beneficiato del contributo per la misura B2 nel 2022. Selezionando "SI" il Sistema propone il campo "l'utente ricevuto il contributo per il buono sociale mensile assistente familiare" in cui occorre selezionare "SI" / "NO".

Comune di competenza *

Comune di Cesano Boscone

L'utente ha già beneficiato del contributo per la Misura B2 nell'anno 2022 *

Sì

L'utente ha ricevuto il contributo per il buono sociale mensile assistente familiare *

Nessun valore selezionato

Nessun valore selezionato

Sì

No

Figura 6 Dichiarazioni

Nella sezione seguente selezionare lo strumento richiesto:

Strumento richiesto

Quale strumento richiede *

Nessun valore selezionato

Nessun valore selezionato

Buono sociale mensile caregiver familiare

Buono sociale mensile assistente familiare

Voucher sociale per sostenere la vita di relazione di minori

Voucher sociale per favorire benessere psicofisico/vita di relazione di adulti ed anziani con disabilità

Beneficiario che ha il servizio sociale e in possesso dell'attestazione sulla condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992.

Figura 7 Strumento richiesto

1. Se si seleziona lo strumento *“Buono sociale mensile caregiver familiare”* il Sistema propone la sezione per inserire i dati del Caregiver:

Strumento richiesto

Quale strumento richiede *

Buono sociale mensile caregiver familiare

• **Dati del Caregiver:**

Cognome *

Nome *

Codice Fiscale *

Data di nascita *

Luogo di nascita *

Grado di parentela con il beneficiario *

gg/mm/aaaa



Nessun valore selezionato

Comune di residenza *

Indirizzo *

N. civico *

CAP *

Figura 8 Dati del Caregiver

2. Se si seleziona lo strumento “*Buono sociale mensile assistente familiare*” occorre dichiarare di essere in possesso e di aver condiviso con il servizio sociale copia del contratto stipulato con l’assistente personale.
I valori selezionabili sono **SI/NO**:

Strumento richiesto

Quale strumento richiede *

Buono sociale mensile assistente familiare

Dichiaro di avere in possesso o condiviso con il servizio sociale copia del contratto di lavoro stipulato con l'assistente personale. *

No

Nessun valore selezionato

Si

No

Nessun file caricato.

Figura 9 Strumento richiesto: Buono sociale mensile assistente familiare

Attenzione: se si seleziona **No** il Sistema richiede di allegare copia del contratto di lavoro stipulato con l’assistente personale.

Strumento richiesto

Quale strumento richiede *

Buono sociale mensile assistente familiare

Dichiaro di avere in possesso o condiviso con il servizio sociale copia del contratto di lavoro stipulato con l'assistente personale. *

No

Allegare copia del contratto di lavoro stipulato con l'assistente personale (Max 5 MB). *

Nessun file caricato.

ATTENZIONE! Il beneficiario/richiedente, al fine dell'erogazione del contributo, si impegna a produrre la seguente documentazione: copia delle ricevute del pagamento dei contributi:

- **entro ottobre 2023** deve essere consegnata la documentazione relativa ai mesi da luglio 2023 a settembre 2023;
- **entro gennaio 2024** deve essere consegnata la documentazione relativa ai mesi da ottobre 2023 a dicembre 2023;
- **entro aprile 2024** deve essere consegnata la documentazione relativa ai mesi da gennaio 2024 a marzo 2024;
- **entro luglio 2024** deve essere consegnata la documentazione relativa ai mesi da aprile 2024 a giugno 2024.

☐ Il beneficiario o chi per esso, al fine dell'erogazione del contributo, si impegna a produrre la copia delle ricevute del pagamento dei contributi relativi ai mesi da luglio 2023 a settembre 2023 (la documentazione deve essere consegnata entro ottobre 2023) e ai mesi da ottobre 2023 a gennaio 2024 (la documentazione deve essere consegnata entro marzo 2024). *

Figura 10 Allegare file copia del contratto

3. Se si seleziona lo strumento “*Voucher sociale per sostenere la vita di relazione di minori*” il Sistema propone la schermata in cui occorre selezionare SI/NO alla Dichiarazione di essere in possesso e condiviso con il servizio sociale il preventivo di spesa da sostenere o il progetto per l’attività da sostenere:

Strumento richiesto

Quale strumento richiede *

Voucher sociale per sostenere la vita di relazione di minori

Dichiaro di avere in possesso o condiviso con il servizio sociale il preventivo di spesa da sostenere o il progetto per l'attività da sostenere. *

SI

Nessun valore selezionato

SI

No

Nessun valore selezionato

Nessun valore selezionato

Campo obbligatorio

Campo obbligatorio

ATTENZIONE! Il beneficiario o chi per esso, al fine dell'erogazione del contributo, si impegna a produrre la copia o le copie delle fatture relative alla spesa sostenuta.

Figura 10 Strumento richiesto: Voucher sociale per sostenere la vita di relazione di minori

Attenzione: se si seleziona NO il Sistema richiede di allegare documentazione del preventivo di spesa da sostenere o del progetto per l'attività da sostenere.

Strumento richiesto

Quale strumento richiede *

Voucher sociale per sostenere la vita di relazione di minori

Dichiaro di avere in possesso o condiviso con il servizio sociale il preventivo di spesa da sostenere o il progetto per l'attività da sostenere. *

No

Allegare documentazione del preventivo di spesa da sostenere o del progetto per l'attività da sostenere (Max 5 MB). *

Nessun file caricato.

L'utente che tipo di attività svolge? *

Nessun valore selezionato

Che tipo di fattura viene prodotta da questa attività? *

Nessun valore selezionato

ATTENZIONE! Il beneficiario o chi per esso, al fine dell'erogazione del contributo, si impegna a produrre la copia o le copie delle fatture relative alla spesa sostenuta.

Figura 11 Allegare preventivo di spesa o progetto per attività svolta

- Se si seleziona lo strumento “*Voucher sociale per favorire benessere psicofisico/vita di relazione di adulti ed anziani con disabilità*” il Sistema propone la seguente schermata:

Strumento richiesto

Quale strumento richiede *

Voucher sociale per favorire benessere psicofisico/vita di relazione di adulti ed anziani con disabilità

Dichiaro di avere in possesso o condiviso con il servizio sociale il preventivo di spesa da sostenere o il progetto per l'attività da sostenere. *

No

L'utente che tipo di attività svolge? *

Nessun valore selezionato

Che tipo di fattura viene prodotta da questa attività? *

Nessun valore selezionato

ATTENZIONE! Il beneficiario o chi per esso, al fine dell'erogazione del contributo, si impegna a produrre la copia o le copie delle fatture relative alla spesa sostenuta.

Figura 12 Strumento richiesto: Voucher sociale per favorire benessere psicofisico/vita di relazione di adulti con disabilità

Attenzione: se si seleziona NO il Sistema richiede di allegare documentazione del preventivo di spesa da sostenere o del progetto per l'attività da sostenere.

Strumento richiesto

Quale strumento richiede *

Voucher sociale per favorire benessere psicofisico/vita di relazione di adulti ed anziani con disabilità

Dichiaro di avere in possesso o condiviso con il servizio sociale il preventivo di spesa da sostenere o il progetto per l'attività da sostenere. *

No

Allegare documentazione del preventivo di spesa da sostenere o del progetto per l'attività da sostenere (Max 5 MB). *

Nessun file caricato.

L'utente che tipo di attività svolge? *

Nessun valore selezionato

Che tipo di fattura viene prodotta da questa attività? *

Nessun valore selezionato

ATTENZIONE! Il beneficiario o chi per esso, al fine dell'erogazione del contributo, si impegna a produrre la copia o le copie delle fatture relative alla spesa sostenuta.

Figura 13 Allegare preventivo di spesa o progetto per attività svolta

Nella sezione seguente “*Condizioni di disabilità e/o non autosufficienza*” le opzioni di risposta sono “SI” / “NO”.

Attenzione: rispondendo “NO” occorre caricare la documentazione richiesta.

Condizione di disabilità e/o non autosufficienza

Dichiaro che il servizio sociale è in possesso dell'attestazione sulla condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992. *

No

Allegare condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 (Max 5 MB). *

Nessun file caricato.

Dichiaro che il servizio sociale è in possesso dell'attestazione sull'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988. *

No

Allegare indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive (Max 5 MB). *

Nessun file caricato.

Figura 14 Condizione di disabilità e/o non autosufficienza

Procedere con inserire i dati per il pagamento del contributo.

Erogazione contributo

ATTENZIONE!

- Il contributo non potrà essere corrisposto su libretto postale o carta prepagata Poste Pay. È possibile accreditare il contributo sulla carta prepagata Poste Pay Evolution;
- Il conto corrente o la carta prepagata Poste Pay Evolution devono essere intestati al beneficiario della Misura o al richiedente (genitore/tutore/affidatario) nel caso che il beneficiario sia un minore.

Intestato/Cointestato a *

Codice Fiscale *

Banca/ufficio postale *

Agenzia di *

ATTENZIONE! Corretta composizione codice IBAN: In Italia il codice IBAN è formato da 27 caratteri alfanumerici, a titolo esemplificativo riportiamo questo codice IBAN IT 22 A 01234 56789 012345678901, la struttura è la seguente:

- 2 caratteri che identificano la nazione (IT=Italia);
- 2 caratteri di controllo o CIN Europeo, e serve a rilevare eventuali errori nella trascrizione dei numeri successivi (es. 22);
- 1 carattere, sempre una lettera maiuscola corrispondente al codice CIN nazionale, con la stessa funzione del precedente (es. A);
- 5 caratteri corrispondenti all'ABI ovvero l'identificativo dell'istituto bancario (es. 01234);
- 5 caratteri corrispondenti al CAB ovvero l'identificativo dell'agenzia a cui si riferisce il conto (es. 01234);
- 12 caratteri corrispondenti al numero di conto corrente (es. 012345678901).

Codice IBAN *

Digita nuovamente codice IBAN *

Figura 15 Erogazione contributo

Completare la compilazione della domanda.

Attenzione: nella sezione “**Altri dichiarazioni**”, in caso di delega dichiarando si alla voce “*Dichiaro di essere delegato alla compilazione della domanda da parte del beneficiario*” occorre allegare il modulo di delega.

Per inviare la domanda selezionare il pulsante “**Invia**”.

Altre dichiarazioni

☐ Il/La sottoscritto/a DICHIARA di essere in possesso di ISEE in corso di validità o di farlo attestare entro la chiusura del presente bando.*

☐ Conosce e accetta le condizioni contenute nell'Avviso pubblico Misura B2 anno 2023 - Iniziative di sostegno delle persone in condizione di disabilità grave e/o non autosufficienti – D.G.R. n. 7751/2022.*

☐ Dichiaro di non beneficiare dei servizi/interventi riportati di seguito:*

- Accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
- Misura B1;
- Contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato;
- Ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- Presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;
- Home Care Premium/INPS HCP con la prestazione prevalente.

☐ Il/La sottoscritto/a DICHIARA sotto la sua responsabilità che i fatti, stati e qualità riportati e nella documentazione allegata corrispondono a verità.*

☐ Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole della responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e che mendaci dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, oltre a comportare la decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000), costituiscono reato punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. 445/2000).*

Dichiaro di essere delegato alla compilazione della presente domanda dal beneficiario del contributo. *

Nessun valore selezionato

Privacy

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ([Apri PDF](#))

☐ Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa ai sensi degli artt. 4, 5, 7 e 13 del GDPR, di averne compreso i contenuti, i diritti e le finalità e, pertanto, presta il consenso e autorizza il trattamento dei dati personali, dati particolari e dati giudiziari in conformità al Regolamento UE 679/16 e successive modifiche ed integrazioni.*

Salva

Invia

Figura 16 Invia domanda