

**AL COMUNE DI .....**  
**dell'Ambito di Garbagnate Milanese**

**REDDITO DI AUTONOMIA 2015  
MISURE ANZIANI E DISABILI**

**Domanda per l'accesso ai benefici previsti dal DDG n. 10226/2015 e dal DDG n. 1022772015**

**IL SOTTOSCRITTO:**

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'accesso al Reddito di Autonomia 2015 – e in particolare alla misura per:

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> l'implementazione di interventi volti a migliorare la qualità della vita delle famiglie e delle persone anziane con limitazione dell'autonomia |
| <input type="checkbox"/> lo sviluppo dell'autonomia finalizzata all'inclusione sociale delle persone disabili   |

**in favore di**

**FAMILIARE ASSISTITO** (qualora diverso dal richiedente)

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

NATO/A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

RELAZIONE DI PARENTELA \_\_\_\_\_

**codice fiscale** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**certificazione invalidità :** \_\_\_\_\_ %

**indennità di accompagnamento:** SI'  NO

**ISEE:** .....

**Il beneficiario, sotto sua responsabilità, dichiara:**

- di NON beneficiare di altri contributi o interventi erogati per le medesima finalità
- di NON usufruire già di unità d'offerta/interventi/misure/prestazioni di carattere sociale
- di NON usufruire già di unità d'offerta/interventi/misure/prestazioni di carattere sociosanitario
- di NON frequentare percorsi di formazione professionale.

**ALLEGATI:**

- ATTESTAZIONE ISEE
- certificazione di invalidità e/o eventuale documentazione medica attestante compromissione funzionale lieve conseguente ad uno stadio iniziale di demenza o di altre patologie di natura psicogeriatrica.
- Informativa privacy.

IL RICHIEDENTE

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Da compilarsi a cura dell'Ufficio di Piano**

**PROT. N.** \_\_\_\_\_ **DEL** \_\_\_\_\_ **COMUNE DI** \_\_\_\_\_

**AMMESSO ALLA GRADUATORIA :** **SI'**  **NO**  \_\_\_\_\_

**Verifica Allegati alla domanda:**

1. ATTESTAZIONE ISEE
2. CERTIFICAZIONE DI INVALIDITÀ E/O EVENTUALE DOCUMENTAZIONE MEDICA
3. INFORMATIVA PRIVACY