

**DOMANDA DI PROSECUZIONE
A FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI GIÀ IN CARICO
ALLE MISURE SOSTEGNO E/O MISURE SERVIZI
ai sensi della DGR XII/6320/2026**

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (_____) CAP _____

in qualità di:

☐ diretto interessato

oppure

(da compilarsi solo qualora il dichiarante non sia il diretto interessato barrando SOLO UNO dei quadratini sottostanti e compilando i dati della persona non autosufficiente)

☐ tutore/curatore/procuratore/amm. di sostegno (provvedimento nomina _____)

☐ genitore, in possesso della responsabilità genitoriale

☐ altro _____ (specificare)

del beneficiario:

Cognome _____ Nome _____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (____) CAP _____

CHIEDE

la continuità del progetto individuale in essere

a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità;

DICHIARA

1. che NON sono intervenute variazioni rispetto alla precedente valutazione SI ☐
(se sì, saltare punto 2)
2. che sono intervenute variazioni rispetto alla precedente valutazione relative a: SI ☐
 - ☐ condizioni cliniche e funzionali del beneficiario
 - ☐ modifiche dei bisogni assistenziali, educativi o socioeducativi
 - ☐ sostituzione del caregiver familiare
 - ☐ del rapporto contrattuale con il personale di assistenza *(allegare nuova documentazione)*
 - ☐ dati residenza/domicilio:
via/p.za _____ N° _____ Comune _____ Prov. (____)
 - ☐ contatti per le comunicazioni
nominativo _____
indirizzo e-mail _____ tel. _____
 - ☐ dai relativi all'IBAN *(compilare pag. 3)*

CONFERMA

3. il mantenimento dei requisiti di accesso; SI ☐
4. il "sistema di assistenza/cura" descritto nel progetto individuale SI ☐
(caregiver familiare/personale di assistenza regolarmente impiegato) _____
5. il progetto attivo e sottoscritto SI ☐
6. i dati relativi alla residenza/domicilio SI ☐

SI ☐SI ☐

A tal fine

ALLEGA

- ☐ modello ISEE in corso di validità alla data di presentazione della domanda
- ☐ documentazione comprovante le variazioni intervenute rispetto alla situazione precedentemente valutata

Firma ¹

firma del dichiarante

Da compilare allegare SOLO in caso di variazione rispetto alla precedente valutazione

Istituto _____ Agenzia _____

Codice IBAN del conto corrente (27 caratteri) – ALLEGARE COPIA STAMPATA

dichiarando che il medesimo conto corrente è:

- ☐ intestato alla persona anziana non autosufficiente a basso bisogno assistenziale o alla persona con disabilità e con necessità di sostegno elevato (senza altri cointestatori)
- ☐ cointestato alla persona anziana non autosufficiente a basso bisogno assistenziale o alla persona con disabilità e con necessità di sostegno elevato, comunicando di seguito i dati relativi al cointestatorio

Cognome e nome del cointestatario, se presente, del conto corrente

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

|_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

Cognome e nome di altro cointestatario, se presente, del conto corrente

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

