



Allegato 5

DA PROTOCOLLARE AL COMUNE DI PIOLTO - UFFICIO DI PIANO

**DICHIARAZIONE MODIFICA PROGETTO INDIVIDUALE e/o REQUISITI
DGR 2033/2024- MISURA B2**

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ sesso M F

Residente a _____ via _____

TEL. _____ CELL. _____

MAIL _____

In qualità di

DIRETTO INTERESSATO FAMILIARE TUTORE CURATORE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

del sig./sig.ra Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ sesso M F

Residente a _____ Via _____

DICHIARA

**che il beneficiario della misura _____ RIENTRA NELLE CAUSE DI REVOCA/
INCOMPATIBILITA' DEL CONTRIBUTO, PERCHE' HA perso i requisiti per l'erogazione della misura
previsti dai Criteri Distrettuali a causa di:**

CAMBIO RESIDENZA DEL BENEFICIARIO IN ALTRA REGIONE IN DATA _____

RICOVERO IN STRUTTURA A LUNGODEGENZA data ricovero: _____

DECESSO DEL BENEFICIARIO DATA _____

INTERRUZIONE DELL'INTERVENTO PREVISTO DAL PAI PER UN PERIODO CONTINUATIVO SUPERIORE AI 60 GIORNI
INDICARE LA CAUSA _____

RICOVERO DI SOLLIEVO NEL CASO IN CUI IL COSTO DEL RICOVERO SIA A TOTALE CARICO DEL FONDO SANITARIO
REGIONALE

RICOVERO DI SOLLIEVO DEL BENEFICIARIO ADULTO SUPERIORE A 60 GG PROGRAMMABILI NELL'ANNO, PER MINORI
PER MASSIMO 90 GG

VERIFICARSI DI UNA DELLE CAUSE DI INCOMPATIBILITA' PREVISTE DALLA DGR 2033/2024 _____

PERDITA DEI REQUISITI PER L'ACCESO PREVISTE DAI CRITERI (SPECIFICARE) _____

ALTRO: _____

**Oppure che in data _____ sono state apportate le seguenti
modifiche al progetto così come previsto dal PAI:**



- MODIFICA PROGETTO (specificare) _____
- _____
- VARIAZIONE NUMERO DI ORE DI PRESTAZIONE DELL'ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE ASSUNTA DA
N° ORE _____ A N° ORE _____
- ASSUNZIONE NUOVA BADANTE IN SOSTITUZIONE DELLA PRECEDENTE CON DECORRENZA _____;
- STIPULA NUOVO CONTRATTO BADANTE CON DECORRENZA _____
- CESSAZIONE CONTRATTO DI SERVIZIO CON LA COOPERATIVA _____ DAL _____
- VARIAZIONE NUMERO DI ORE DI PRESTAZIONE DELL'ASSISTENTE FAMILIARE FORNITA DALLA COOPERATIVA
DA N° ORE _____ A N° ORE _____

**ATTENZIONE: COMUNICAZIONE PER RICOVERI DI SOLLIEVO A TOTALE CARICO DEL FONDO SANITARIO REGIONALE
NEL CORSO DELL'ISTANZA E ISTRUTTORIA**

DATA INIZIO RICOVERO _____

DATA DIMISSIONE RICOVERO _____

ALTRO _____

**ALLEGARE I DOCUMENTI ATTESTANTI LE SITUAZIONI SOPRA ELENCATE (ES NUOVO CONTRATTO DI LAVORO-
CERTIFICATO PERIODO DI RICOVERO- MODIFICA/CESSAZIONE CONTRATTO BADANTE, ECC..)**

1. _____

2. _____

Data _____

Firma _____

DA CONSEGNARE qualora si verifichi una delle situazioni previste dal regolamento relativamente a modifiche del progetto di assistenza misura B2. Il modulo va inoltrato, anche da mail ordinaria, all'indirizzo pec del Comune di Pioltello protocollo@cert.comune.pioltello.mi.it.

(Per l'informativa sul trattamento dei dati Personali si rimanda a quanto contenuto ed illustrato nella "Informativa sul Trattamento dei Dati Personali" Avviso Pubblico E Criteri Distrettuali Per L'erogazione Di Misure A Favore Delle Persone Con Disabilità Grave E Anziani Non Autosufficienti Dgr 2033/2024 e nel Modulo Istanza)