



Allegato 5

al COMUNE DI \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE VARIAZIONE REQUISITI  
PER L'EROGAZIONE DI MISURE DI SOSTEGNO IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE E  
ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI - APPLICAZIONE DGR 5791/2021 – MISURA B2**

Il/La sottoscritta/o \_\_\_\_\_

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 ALTRO COMUNE FUORI DALL'AMBITO DISTRETTUALE IN DATA \_\_\_\_\_

CAMBIO RESIDENZA DEL CAREGIVER IN RESIDENZA DIVERSA DAL BENEFICIARIO ASSISTITO 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

INCREMENTO DEL CONTRATTO DI LAVORO PART TIME DEL CAREGIVER DA 24 ORE A \_\_\_\_\_

VERIFICARSI DI UNA DELLE CAUSE DI INCOMPATIBILITA' PREVISTE DALLA DGR 5791/2021 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_
- VARIAZIONE NUMERO DI ORE DI FREQUENZA DEL SERVIZIO (CENTRO DIURNO/CENTRO SOCIO-SANITARIO/EDUCATIVO) DA N° ORE \_\_\_\_\_ SETTIMANALI A N° ORE \_\_\_\_\_ SETTIMANALI

**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.piolto.mi.it](mailto:protocollo@cert.comune.piolto.mi.it), o consegnato a mano presso l'ufficio Protocollo nei giorni ed orari di apertura e comunicato anche al servizio sociale di residenza.