



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 4138/2020- 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 _____

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.pioltello.mi.it, o consegnato a mano presso l'ufficio Protocollo nei giorni ed orari di apertura.