

Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

Distretto n°7

COMUNI DI CASTELCOVATI, CASTREZZATO, CAZZAGO S/M, CHIARI, COCCAGLIO, COMEZZANO-CIZZAGO,
ROCCAFRANCA, ROVATO, RUDIANO, TRENZANO, URAGO D'OGLIO

NON COMPILARE - RISERVATO AL COMUNE

Data di Presentazione N. Domanda

SPETT.LE COMUNE DI _____

DOMANDA BUONO SOCIALE A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE / ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITI AL PROPRIO DOMICILIO DA ASSISTENTE PERSONALE ANNO 2024

(AI SENSI DELLA DGR XII/1669/2023 - XII/2033/2024 - XII/2166/2024)

Il/la sottoscritto/a.....
Codice fiscale.....
nato/a a.....prov.....il.....
residente in.....(c.a.p.).....
Via/Piazza.....n°.....
telefono.....
email.....

In qualità di Amministratore di Sostegno di

Nome.....Cognome.....
Codice fiscale.....
nato/a a.....prov.....il.....
residente in.....(c.a.p.).....
Via/Piazza.....n°.....
telefono.....email.....

CHIEDE

Di usufruire del Buono Sociale a favore di persone con disabilità grave / anziani non autosufficienti assistiti al proprio domicilio da assistente personale - anno 2024

A tal fine, consapevole delle sanzioni civili e penali a cui incorre in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più corrispondenti a verità, giusto il disposto dell'art. 26 della legge n°15/68,

DICHIARA CHE IL PROPRIO AMMINISTRATO

A) che il nucleo familiare dell'amministrato, come definito dallo Stato di famiglia, è formato dalle seguenti persone:

Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

Cognome e nome	Rapporto di parentela con il richiedente
.....
.....
.....
.....

- B) è in possesso di un ISEE sociosanitario non superiore ad euro 25.000
SI NO
- C) che l' ISEE sociosanitario in suo possesso ha un valore di euro.....
- D) è in possesso di certificazione di disabilità grave ai sensi della L. 104, art. 3, comma 1 e 3. o certificazione di invalidità al 100% con indennità di accompagnamento
SI NO
- E) è assistito presso il proprio domicilio da parte di un assistente personale assunto con regolare contratto di lavoro, stipulato da parte dell'anziano oppure di un suo familiare
SI NO
- F) che tale contratto è (barrare la voce relativa alla tipologia di contratto in essere):
 contratto di assunzione a tempo pieno
 contratto di assunzione a tempo part time
- G) è in possesso di un indice di fragilità sociale che evidenzia il grado di dipendenza nelle attività di vita quotidiana (ADL) e delle attività strumentali alla vita quotidiana (IADL) (a cura del servizio sociale)
SI NO
- H) è stato beneficiario della Misura B2 anno 2023
SI NO
- I) NON usufruisce di nessuna delle seguenti misure (incompatibili ai sensi delle dgr XII/1669/2023 - XII/2033/2024 - XII/2166/2024):
- accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
 - Misura B1;
 - Voucher anziani e disabili (ex Dgr n. 7487/2017 e Dgr n. 2564/2019);
 - contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale assunto;
 - ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
 - presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018
 - Home Care Premium/INPS HCP con la prestazione prevalente
- L) è consapevole che, a seguito della definizione della graduatoria, per gli aventi diritto, il servizio sociale comunale redigerà il PI (progetto individualizzato), parte integrante della documentazione da allegare alla domanda e presupposto perchè possa essere erogato il buono sociale. Tale documento dovrà essere sottoscritto dal servizio sociale comunale e dall'utente stesso beneficiario del buono sociale.

Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

M) vuol riscuotere il buono sociale tramite accredito sul conto corrente bancario a lui intestato o cointestato (NO libretto postale) di cui allego le coordinate.

N) In caso di chiusura del CC indicato, delego alla riscossione (parte obbligatoria):

il/la sig/ra.....
nato/a a il.....
residente a cap.....
in via
codice fiscale
telefono
email.....

La presente delega se non revocata ha durata illimitata

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni relative al ricovero in Istituto (RSA), ai cambiamenti anagrafici ed ogni altro evento che modifichi le dichiarazioni rese.

Il sottoscritto si impegna a presentare al servizio sociale del comune di residenza le attestazioni trimestrali dei versamenti contributivi relativi al periodo di erogazione del buono sociale.

Data

FIRMA

.....

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

- 1- fotocopia codice fiscale dell'amministratore di sostegno;
- 2- fotocopia carta d'identità dell'amministratore di sostegno;
- 3- fotocopia codice fiscale del beneficiario;
- 4- fotocopia carta d'identità del beneficiario;
- 5- copia certificazione di disabilità grave l. 104 art. 3 comma 1 e 3 o invalidità al 100% con indennità di accompagnamento **(CONTENENTE L' INDICAZIONE DELLA DIAGNOSI)**;
- 6- copia del contratto di assunzione dell'assistente familiare;
- 7- copia attestazione Isee sociosanitario in corso di validità (ai sensi del DPCM 159/2013);
- 8- copia delle coordinate bancarie/postali rilasciata dall'istituto di credito ai fini dell'accredito del buono sociale (No libretto postale);
- 9- ADL/IADL a cura del servizio sociale;
- 10- Nomina di sentenza dell'amministratore di sostegno del beneficiario;
- 11- carta d'identità a codice fiscale del delegato (se diverso dall' amministratore di sostegno)

Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

DICHIARAZIONE DI NON RICHIESTA MISURA B1

Il sottoscritto.....

in qualità di Amministratore di Sostegno del/la

Sig./ra.....

Dichiara

di essere consapevole che il Buono sociale in oggetto è incompatibile con un altro intervento relativo alle Dgr XII/1669/2023 - XII/2033/2024 - XII/2166/2024, Misura B1

e di informare tempestivamente il Servizio sociale del Comune di residenza in caso di riconoscimento del beneficio della misura B1

FIRMA DELL' AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

.....