

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 CAREGIVER FAMILIARE

ANNO 2024

(AI SENSI DELLE 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 o comunque in condizione di non autosufficienza assistiti al proprio domicilio da caregiver familiare - 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

1

Settore 3 Educativo Sociale

Dirigente Lorenzo Cattoni

c/o Servizi Sociali Piazza Martiri della libertà, 26 - Comune di Chiari

tel. 030 7008254 - fax 030 7008258

e-mail: upservizisociali@comune.chiari.brescia.it

Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

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

B) sia in possesso di un ISEE sociosanitario non superiore ad euro 25.000

SI NO

C) che l'ISEE sociosanitario in suo possesso abbia un valore di euro.....

D) possiede una 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 caregiver familiare

SI NO

F) è in possesso di un indice di fragilità sociale che evidenzi 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

G) è stato beneficiario della Misura B2 anno 2023:

SI NO

H) frequenta un'unità d'offerta semiresidenziali socio/sanitarie e/o sociali (CDI, CDD, CSE, SFA):

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);
- voucher anziani e disabili ex DGR n. 7487/2017 e DGR n. 2564/2019;
- Misura B1;
- 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;
- Home Care Premium/INPS HCP con la prestazione prevalente;
- presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018

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) di voler riscuotere il buono sociale tramite accredito sul **conto corrente bancario a me 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 ail.....
residente acap.....
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 (RSD/RSA), ai cambiamenti anagrafici ed ogni altro evento che modifichi le dichiarazioni rese.

Data

FIRMA DELL' AMMINISTRATORE
DI SOSTEGNO

.....

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 attestazione isee sociosanitario in corso di validità (ai sensi del DPCM 159/2013);
- 7- copia delle coordinate bancarie/postali rilasciata dall'istituto di credito ai fini dell'accredito del buono sociale (NO libretto postale);
- 8- ADL/IADL a cura del servizio sociale;
- 9- Nomina di sentenza dell'amministratore di sostegno del beneficiario
- 10- Carta d' identità e codice fiscale del delegato (se diverso dall' amministratore di sostegno)

Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

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

.....