

Spett.le

**UFFICIO DI PIANO
DI SONDRIO
c/o Comune di Sondrio
Via Perego 1
23100 SONDRIO**

**DOMANDA PER L'EROGAZIONE DEL BUONO SOCIALE MENSILE
PER CAREGIVER FAMILIARE O ASSISTENTE PERSONALE –
MISURA B2 DGR 4138/2020 DGR 4408/2021 e DGR 4443/2021**

Il/La sottoscritto/a (cognome/nome) _____

nato/a a _____ prov _____ il _____

residente a _____ cap _____

via n

tel. _____ codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

in qualità di: ☐ diretto interessato ☐ familiare ☐ tutore ☐ amministratore di sostegno

del/della Sig./Sig.ra (cognome/nome) _____

nato/a a _____ prov _____ il _____

residente a _____ cap _____

via n

tel. _____ codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

CHIEDE

L'erogazione della seguente misura a favore di disabili gravi e anziani non autosufficienti, (riferimento Scala A.D.L.):

(barrare solo una delle seguenti opzioni)

- ☐ **buono mensile finalizzato ad interventi di assistenza a domicilio alla persona assicurate dal care-giver familiare e assegno una tantum per beneficiari misura B2 – care-giver familiare, in carico alla misura per almeno tre mesi consecutivi**
- ☐ **buono mensile finalizzato all'integrazione della spesa per acquistare le prestazioni da un assistente personale, con regolare contratto di almeno 25 ore settimanali**

A FAVORE DI:

- ☐ persona con **età inferiore ai 65 anni**: presenza di almeno 4 condizioni di dipendenza totale (codice B Scala A.D.L.) nelle attività essenziali per la vita quotidiana:
- ☐ fare il bagno
 - ☐ vestirsi
 - ☐ uso dei servizi igienici
 - ☐ spostarsi
 - ☐ continenza
 - ☐ alimentarsi

- ☐ Minore con disabilità grave certificata, anche in assenza delle condizioni di dipendenza nelle attività essenziali per la vita quotidiana, purché **necessitino di assistenza h 24**, attestata anche dall'indennità di accompagnamento
- ☐ Persona affetta da demenza grave certificata, anche in assenza delle condizioni di dipendenza nelle attività essenziali per la vita quotidiana, purché **necessitino di assistenza h 24**, attestata anche dall'indennità di accompagnamento
- ☐ persona **con età uguale o superiore ai 65 anni**: presenza di 6 condizioni di dipendenza totale (codice B Scala A.D.L.) nelle attività essenziali per la vita quotidiana:
- ✓ fare il bagno
 - ✓ vestirsi
 - ✓ uso dei servizi igienici
 - ✓ spostarsi
 - ✓ continenza
 - ✓ alimentarsi.

A tal fine, il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell'art. 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

(barrare solo le condizioni che ricorrono)

- ☐ di aver preso visione del bando per l'erogazione dei buoni sociali e di accettarne le condizioni;
- ☐ di essere residente in uno dei Comuni dell'ambito territoriale di Sondrio;
- ☐ di essere beneficiario dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n.18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988,
- ☐ oppure di essere in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992. In questo ultimo caso l'istanza può essere comunque presentata in attesa di definizione dell'accertamento;
- ☐ di avere necessità di assistenza continuativa nelle 24 ore;
- ☐ di non beneficiare di altre assegnazioni, come precisato all'art. 8 del bando ovvero di beneficiare delle seguenti misure:
- ☐ misura B1 per disabilità gravissima erogata da ATS;
 - ☐ voucher anziani e disabili ex dgr n.7487/2017 (Reddito di autonomia)
 - ☐ bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n.15/2015.
 - ☐ sostegni DOPO DI NOI (specificare il tipo di sostegno) _____
 - ☐ prestazioni integrative previste da Home Care Premium/INPS HCP per n. _____ ore settimanali;
- ☐ di beneficiare del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) per n. _____ ore settimanali (l'art. 4 lett. a del Bando prevede che per i beneficiari del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) al momento di presentazione della domanda o durante l'effettivo godimento del buono, l'importo dello stesso venga ridotto da € 400,00 a € 200,00 mensili) e che:
- ☐ non intende rinunciare al servizio SAD OPPURE
 - ☐ intende rinunciare al servizio SAD
- ☐ di beneficiare del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per n. _____ ore settimanali;

☐ di frequentare un servizio diurno sociosanitario o sociale (CDD, CDI, CSE, SFA, SPAH):
_____ per n. _____ ore settimanali

☐ di aver preso visione di quanto disposto del bando che prevede la riduzione dell'importo del buono da € 400,00 a € 200,00 mensili per i frequentanti i Centri Diurni Socio Sanitari o Sociali (CDD - CDI – CSE – SFA) e per i beneficiari di sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti pubblici o privati o da Enti previdenziali (es. INPS /Home Care Premium)

DICHIARA ALTRESI'

☐ di avere necessità quotidiana di aiuto e supporto fornito dai seguenti familiari/caregiver:

1° nominativo _____

data di nascita _____ sesso ☐ M ☐ F

residenza _____

indirizzo abitativo _____

grado di parentela rispetto al richiedente _____

2° nominativo _____

data di nascita _____ sesso ☐ M ☐ F

residenza _____

indirizzo abitativo _____

☐ di acquistare prestazioni da assistente personale e di avere regolare contratto di assunzione dell'assistente familiare per almeno 25 ore settimanali o dichiarare l'intenzione di volere assumere un assistente familiare (in tal caso il buono avrà decorrenza dalla data di effettiva assunzione dell'assistente familiare);

☐ di essere in possesso di ISEE per prestazioni agevolate di natura socio sanitaria calcolato secondo quanto previsto negli artt. 3, 4 e 5 del D.P.C.M.159/2013 (DGR 3230 del 06-03-2015) s.m.i: ISEE sociosanitario uguale o inferiore a 25.000,00 € oppure

☐ di essere in possesso di ISEE per prestazioni agevolate di natura socio sanitaria calcolato secondo quanto previsto negli artt. 3, 4 e 5 del D.P.C.M.159/2013 (DGR 3230 del 06-03-2015) s.m.i: ISEE ordinario per prestazioni agevolate per minorenni uguale o inferiore a € 40.000,00;

☐ di essere in carico alla Misura RSA aperta ex DGR n.7769/2018;

☐ di impegnarsi, in caso di assegnazione del buono sociale, alla sottoscrizione del Progetto individuale e a dare all'Ufficio di Piano ogni comunicazione relativa ad eventi che comportano la decadenza del diritto di assegnazione del buono entro dieci giorni dall'evento stesso;

☐ di essere a conoscenza che l'Ufficio di Piano, ai sensi del D.Lgs. 109/1998 e del DPR 445/2000 art. 45, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emergessero l'assenza di requisiti o l'errato ISEE, sarà revocato ogni beneficio, effettuato il recupero delle somme corrisposte e sarà inoltrata denuncia all'Autorità Giudiziaria;

☐ di essere a conoscenza che il Servizio Sociale di Base può procedere in ogni momento alla verifica del rispetto degli impegni assunti dal soggetto responsabile dell'accudimento (familiare o assistente personale) e dell'adeguata assistenza fornita e che l'erogazione del buono sociale sarà sospesa qualora venissero rilevati incuria e/o abbandono del soggetto fragile.

Modalità di pagamento:

bonifico intestato al beneficiario (indicare coordinate bancarie IBAN):

IT

--	--

--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

_____ li _____
Luogo data_____
Firma estesa leggibile

Allegati alla domanda e dichiarazione del/della sig./sig.ra _____ per la richiesta del buono sociale mensile per caregiver familiare/assegno una tantum o assistente personale:

- ☐ attestazione ISEE in corso di validità; oppure
- ☐ dichiarazione di avvenuta presentazione della DSU (art. 11 c.9, DPCM 159/2013)
- ☐ Copia verbale invalidità civile con indennità di accompagnamento (con diagnosi) ovvero accertamento della condizione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992.
- ☐ Copia carta d'identità e Codice Fiscale del richiedente e di chi eventualmente compila la domanda
- ☐ ogni altra documentazione aggiornata attestante le condizioni sanitarie dell'interessato;
- ☐ copia sentenza del Tribunale di nomina del tutore/curatore/amministratore di sostegno del soggetto fragile;
- ☐ **Per il solo buono assistente personale:** copia del contratto di assunzione dell'assistente familiare (almeno 25 ore settimanali) e dell'ultimo versamento INPS (ovvero copia denuncia INPS in caso di stipula recente del contratto)

L'Ufficio di Piano si riserva la possibilità di richiedere integrazioni della documentazione.

INFORMATIVA A TUTELA DELLA RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, nonché dell'art. 13 del d. lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" si porta a conoscenza dei richiedenti il buono sociale che:

1. i dati personali dell'interessato contenuti nella presente domanda saranno trattati per consentire l'espletamento della pratica amministrativa. I dati stessi verranno conservati negli archivi dell'Ufficio di Piano dell'ambito territoriale di Sondrio secondo le vigenti disposizioni in materia;
2. il conferimento dei dati è necessario ed in caso di rifiuto ne scaturirà l'impossibilità di espletare regolarmente la pratica con la conseguente esclusione dal beneficio;
3. tali dati verranno da noi comunicati ad uno o più soggetti determinati di seguito elencati, tenuti comunque, nel trattamento dei dati stessi, al rispetto delle norme contenute nel Codice: Operatori degli Uffici dell'ATS, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei Suoi dati personali risulti necessario o sia comunque funzionale per la valutazione multidimensionale;
4. i dati saranno trattati esclusivamente da personale e da organi interni all'Ufficio di Piano, per quanto concerne il procedimento amministrativo.
5. possono essere scambiati tra i predetti Enti o comunicati al Ministero delle Finanze, alla Guardia di Finanza e alle Amministrazioni certificanti per i controlli previsti.
6. il richiedente il buono sociale ha diritto di ottenere, a cura del titolare o del responsabile, senza ritardo, l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, qualora vi abbia interesse, l'integrazione dei dati;
7. il titolare del trattamento dei dati personali è l'Ufficio di Piano dell'ambito territoriale di Sondrio e che il responsabile del trattamento dei dati è il responsabile dell'Ufficio di Piano, domiciliato per la carica presso il Comune di Sondrio.

VISTO: Firma apposta in mia presenza**Timbro e firma del funzionario incaricato**