

ALLEGATO A

**“BANDO PER L’ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE A FAVORE DELLE
PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE O COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON
AUTOSUFFICIENZA
(DGR N. 5791 del 21.12.2021)**

ALL’UFFICIO DI PIANO
DELL’AMBITO DISTRETTUALE
DEL PIANO DI ZONA
BRONI E CASTEGGIO(PV)
Piazza Garibaldi 12
27043 Broni (PV)

**DOMANDA PER L’ASSEGNAZIONE DI BUONO SOCIALE A FAVORE DELLE
PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE O COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON
AUTOSUFFICIENZA (DGR N. 5791 del 21.12.2021)**

Il/la sottoscritto/a.....
Nato/a..... il.....
Prov..... C.F.
Residente in Via.....n°.....
Comune di.....Cap.....Prov.....
TEL.....EMAIL.....
TEL.....
Indicare sempre uno o più numeri di telefono specificando a chi corrisponde (familiare, persona di riferimento ecc.)
Domicilio (se diverso dalla residenza):
Via.....n°.....
Comune di.....Cap.....Prov.....

In qualità di:

- diretto interessato
- familiare (*specificare grado parentela o affinità*)
- amministratore di sostegno (allegare decreto di nomina)

del **beneficiario** indicato di seguito

Cognome e nome

Nato/a..... il

Prov.....C.F.....

TEL.....EMAIL.....

Residente in Via.....n°.....

Comune di.....Cap.....Prov.....

Domicilio (se diverso dalla residenza)

Via.....n°.....

Comune di.....Cap.....Prov.....

CHIEDE

L'assegnazione del Buono Sociale (misura B2) in favore delle persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza.

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- ✓ Di aver preso visione del "bando per l'assegnazione del buono sociale a favore delle persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza (D.G.R. N. 5791/2021), approvato dall'Assemblea dei Sindaci in data 22/03/2022, con l'accettazione incondizionata di tutte le condizioni e clausole in esso previste;
 - ✓ Di essere in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 o beneficiario dell'indennità di accompagnamento; (in riferimento alla persona beneficiaria dell'intervento);
 - ✓ Di essere residente nel Comune di(PV) (in riferimento alla persona beneficiaria dell'intervento);
 - ✓ Di essere in possesso di conteggio ISEE pari ad € (in riferimento alla persona beneficiaria dell'intervento);
 - ✓ Che la persona che si occupa del beneficiario, in caso di caregiver familiare, è il/la Sig./Sig.ra
.....;
 - ✓ Di essere a conoscenza che il buono sarà erogato, solo se il potenziale beneficiario raggiungerà la posizione utile in graduatoria, con le regole esplicitate nel bando;
 - ✓ Di avvalersi di personale di assistenza regolarmente assunto:
con validità dal _____ al _____ per un monte ore settimanale di _____
 - ✓ Di frequentare l'unità d'offerta semiresidenziale sociosanitaria o sociale (indicare la struttura frequentata e il numero di accessi settimanali) (barrare con X):
 - centro diurno integrato per anziani (CDI)... n°giorni alla settimana
 - centro socio educativo per disabili (CSE) ... n°giorni alla settimana
 - servizio di formazione all'autonomia (SFA) ... n°giorni alla settimana
 - centro diurno disabili (CDD) ... n°giorni alla settimana
 - altro (indicare)
 - ✓ Di beneficiare dei seguenti servizi (barrare con X):
 - interventi di assistenza domiciliare: Assistenza Domiciliare Integrata, Servizio di Assistenza Domiciliare;
 - interventi di riabilitazione in regime ambulatoriale o domiciliare;
 - ricovero ospedaliero e/o riabilitativo;
 - ricovero di sollievo per adulti per massimo 60 giorni programmabili nell'anno, per minori per massimo 90 giorni;
 - sostegni DOPO DI NOI;
 - bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015.
 - Voucher anziani e disabili ex DGR n. 7487/2017 e s.m.i.;
 - misura B1;
 - ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
 - contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI – per onere assistente personale regolarmente impiegato;
 - presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;
 - prestazioni previste da Home Care Premium con prestazione prevalente;
 - prestazioni previste da Home Care Premium/INPS HCP con prestazioni integrative;
 - altro :
-

-
-
- ✓ Di impegnarsi a comunicare tempestivamente l'eventuale ricovero in struttura sanitaria o socio sanitaria, ovvero qualsiasi variazione dei requisiti dichiarati nella presente domanda che implicassero l'insorgere di incompatibilità o la modifica/revoca del beneficio, consapevole che l'omessa comunicazione potrebbe compromettere l'erogazione del buono sociale e la richiesta di restituzione di quanto indebitamente percepito, per i motivi elencato dal bando ;
 - ✓ Di essere a conoscenza che in caso di domanda non compilata in ogni sua parte e/o non presentazione della documentazione o integrazione della stessa entro i termini indicati dal bando, come da sottostante sezione, l'istanza sarà considerata non completa e pertanto ritenuta non ammissibile;
 - ✓ Di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e D.Lgs. n. 101/2018 e - per gli adempimenti connessi alla presente procedura - possano essere comunicati ai seguenti soggetti:
 - operatori dei Comuni/Uffici di Piano, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale;
 - operatori degli Uffici dell'ASST afferenti all'ATS, appositamente incaricati, nell'ambito di verifiche e di progetti specifici finalizzati all'integrazione dei servizi socio-assistenziali con i servizi socio-sanitari;
 - soggetti afferenti al "sistema di cura" della persona con disabilità - MMG/PDL/Caregiver familiare, Erogatore ADI, Centri specialistici di riferimento al fine di acquisire tutte le informazioni utili al compimento della valutazione ed alla stesura del progetto individuale.

Indicare il conto corrente su cui eventualmente verrà accreditato il buono sociale, se riconosciuto.

Banca (NO POSTEPAY)

IBAN

Conto intestato a:

NOME COGNOME.....

CODICE FISCALE.....

RESIDENTE IN VIA N..... CITTA' CAP

Si impegna a comunicare ogni variazione dell'Iban, ed ogni altra variazione inerente al beneficiario, compatibilmente con le finalità del buono sociale e del relativo bando.

DOCUMENTI OBBLIGATORI DA ALLEGARE

- 1) Attestazione ISEE in corso di validità comprensiva della DSU (Dichiarazione sostitutiva unica) che è parte integrante dell'Isee;
 - o ISEE Socio-sanitario (per adulti e anziani)
 - o ISEE ordinario (per minori)
- 2) Verbale di invalidità civile oppure verbale della commissione medica attestante il possesso dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992;
- 3) Copia documento di identità del richiedente;
- 4) Copia del documento di identità del beneficiario (la persona non autosufficiente);
- 5) Copia del documento di identità del caregiver familiare;
- 6) Decreto di nomina dell'amministratore di sostegno (se presente);

- 7) In presenza di assistente familiare regolarmente assunto, denuncia di inizio attività all'INPS e contratto d'assunzione e documento di identità dell'assistente familiare.

Luogo e data

_____, il _____

FIRMA