|  |  |
| --- | --- |
|  | All’Ufficio di Piano dell’Ambito Territoriale  di Bormio |

# DOMANDA PER L’EROGAZIONE A PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE O COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA DI BUONI SOCIALI PER CAREGIVER FAMILIARE O ASSISTENTE REGOLARMENTE IMPIEGATO (Misura B2 - DGR 4138/2020, DGR 4408/2021 e DGR 4443/2021)

La/Il sottoscritta/o (Cognome e nome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N°\_\_\_\_

Telefono ab. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_

**CHIEDE**

**□** l’assegnazione del Buono Sociale a favore di persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza assistite a domicilio da caregiver familiare e da un assistente regolarmente impiegato;

**□** l’assegnazione del Buono una tantum per presenza del caregiver familiare;

**DICHIARA**

ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del citato D.P.R. 445/00 nell’ipotesi di falsità e di dichiarazioni mendaci:

**□** di avere necessità quotidiana di aiuto e supporto fornito da caregiver familiare:

**Oppure**

**□** di acquistare prestazioni da assistente regolarmente impiegato (badante) per almeno 25 ore settimanali;

* di confermare i dati dichiarati nella richiesta presenta a questo Ufficio per il buono sociale anno 2020 (certificazione della condizione di gravità, invalidità civile, IBAN, nominativo caregiver) e la validità della documentazione allegata (decreto nomina amministratore di sostegno, ecc);
* di non fruire delle seguenti prestazioni/servizi:
* accoglienza definitiva presso l’Unità d’offerta residenziale socio sanitarie o sociale (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura residenzialità per minori con gravissima disabilità);
* Misura B1;
* Contributi 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 la Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;
* Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex L.R. 15/2015;
* □ di fruire di Servizi socio-sanitari diurni (CDD/CDI) a contratto o unità d’offerta sociali a ciclo diurno (CSE) con costi carico dell’Ufficio di Piano;

□ di non fruire di Servizi socio-sanitari diurni (CDD/CDI) a contratto o unità d’offerta sociali a ciclo diurno (CSE) con costi carico dell’Ufficio di Piano;

* che l’Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) per prestazioni di natura sociosanitaria o ISEE minorenni, allegato alla presente, risulta essere pari ad Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere consapevole che ai fini dell’inserimento in graduatoria della presente richiesta verrà effettuata una valutazione multidimensionale da parte del servizio sociale dell’ Ufficio di Piano e ASST;
* di essere a conoscenza che l’Ufficio di Piano, ai sensi del DPCM n. 159/2013 e del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emergessero l’assenza dei requisiti o l’errato Indicatore della Situazione Economica Equivalente, sarà revocato ogni beneficio, effettuato il recupero delle somme corrisposte e sarà inoltrata denuncia all’Autorità Giudiziaria;
* di aver preso atto dell’allegata informativa privacy.

**SI IMPEGNA**

* a sottoscrivere il Progetto Individuale (PI);
* a comunicare tempestivamente Ufficio di Piano il ricovero definitivo in strutture sociali, sociosanitarie o sanitarie, il trasferimento di residenza in comuni non compresi nell’ambito territoriale di Bormio o il verificarsi di altre condizioni che determinano la decadenza dal contributo come indicato all’art. 6 del Bando.

**Firma (\*)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Se il soggetto fragile è impossibilitato a presentare direttamente la domanda e a sottoscrivere la presente dichiarazione:**

* la presente dichiarazione è resa nell’interesse del soggetto che si trova in una situazione di impedimento per ragioni connesse allo stato di salute, dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio o, in mancanza di questo, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado o in assenza di questi da altro parente in linea retta o collaterale fino al quarto grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante*;*
* la presente dichiarazione è resa in nome o per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale;
* la presenta dichiarazione è sottoscritta dall’esercente la potestà genitoriale in caso di richiedente minorenne.

**Dati anagrafici della persona che dichiara nell’interesse del soggetto impedito o in nome e per conto del soggetto stesso**

La/Il sottoscritta/o (Cognome e nome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_VIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N°\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_

Telefono ab. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_

tipo di parentela col soggetto fragile (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma (\*)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGATI:**

* Attestazione ISEE o DSU o simulazione sito Inps;
* Copia del Contratto di assunzione dell’assistente regolarmente impiegato (badante)-per minimo di 25 ore settimanali - solo per buono sociale assistente familiare, solo in caso di modifica rispetto a quello presentato nell’anno 2020;
* Copia di un documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità;

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