

**DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI BUONI/VOUCHER SOCIALI PER MINORI CON DISABILITÀ A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE O COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA (MISURA B2 - DGR 7751 del 28/12/2022)**

La/Il sottoscritto/a (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_

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

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_)

Telefono ab. \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

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;
- l'assegnazione del Buono Sociale a favore di persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza assistite a domicilio da un'assistente familiare (badante) regolarmente impiegato;
- l'assegnazione del Buono Sociale a favore di persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza assistite a domicilio da un assistente familiare (badante) regolarmente impiegato, in **continuità con l'anno precedente**;
- l'assegnazione del Voucher sociale per minori con disabilità per sostenere la vita di relazione con appositi progetti di natura educativa/socializzante.

**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 aver preso visione del Bando buoni sociali a favore delle persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza (Misura B2 - DGR XI/7751/2022) e Caregiver Familiare (Delibere XI/7605/2022 e XI/7799/2023) e di accettarne le condizioni;
- di risiedere in uno dei Comuni dell'Ambito territoriale di Bormio;
- di essere stato/a riconosciuto/a invalido/a con invalidità civile pari al 100% e con diritto all'indennità di accompagnamento (o solo accompagnamento in caso di minori) dalla Commissione per l'accertamento degli stati di invalidità di \_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

**oppure**

- di essere in possesso della certificazione della condizione di gravità prevista dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992 (allegare copia);
- di avere necessità quotidiana di aiuto e supporto fornito dai seguenti caregiver familiari:

1° nominativo	
---------------	--



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;

### SI IMPEGNA

- a sottoscrivere il Progetto Individuale (PI);
- a comunicare tempestivamente all'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.

Data

Firma (\*)

**(\*) 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 e pertanto si allega copia della sentenza del Tribunale competente;
- la presente dichiarazione è sottoscritta dall'esercente la potestà genitoriale in caso di richiedente minorenni.

**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 \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_)

Telefono ab. \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

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

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

Data

Firma (\*)

### ALLEGATI:

- Attestazione ISEE;
- Verbale accertamento invalidità civile;
- Documentazione di gravità prevista dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992;
- Copia del Contratto di assunzione dell'assistente regolarmente impiegato (badante) - per minimo di 25 ore settimanali;
- Scheda di valutazione del grado di non autosufficienza redatta dall'assistente sociale del servizio sociale di base referente per la domanda;

- Copia di un documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità;
- Eventuale Copia sentenza del Tribunale di nomina del tutore o amministratore di sostegno del soggetto fragile.

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