

DOMANDA PER IL RIMBORSO SPESE/VOUCHER “CAREGIVER FAMILIARE” A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE O COMUNQUE IN CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA DI CUI ALLE DGR 7605/2022 E 7799/2023 (NON IN CARICO ALLA MISURA B2 ex DGR 7751/2022).

La/Il sottoscritt/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

- il rimborso spese per interventi che favoriscano la sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare a domicilio forniti da enti qualificati nel settore dell'assistenza domiciliare;
- il rimborso spese per soggiorni temporanei (ricoveri di sollievo in struttura residenziale);
- l'assegnazione del voucher per interventi di formazione ed addestramento del caregiver;

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% 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 fruire dell'assistenza assicurata dal solo caregiver familiare;
- di essere prioritariamente non in carico a:
 - Misura B2
 - Servizi semiresidenziali sanitari, sociosanitari o sociali (ad es. regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, riabilitazione in diurno continuo, CDD, CDI, CSE, presa in carico con Sperimentazioni riabilitazione minori disabili in regime diurno);
- che l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) per prestazioni di natura sociosanitaria o ISEE ordinario in caso di minori, allegato alla presente, risulta essere pari ad Euro _____;
- di aver preso atto dell'allegata informativa privacy della Comunità Montana Alta Valtellina;
- di chiedere, in caso di assegnazione del beneficio, l'accredito dell'importo del buono sociale sul c/c bancario/postale _____ intestato _____ al _____ richiedente _____ presso _____ la Banca/Agenzia.....di.....
codice IBAN _____

--

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 presentare idonea documentazione fiscale (fattura/ricevuta) comprovante la spesa sostenuta relativa ad interventi forniti dal 01/01/2023 al 31/12/2023;
- 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 sottoscritt/a (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 invalidità civile;
- Documentazione di gravità prevista dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992;
- 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;
- Documentazione fiscale (fattura/ricevuta) comprovante la spesa sostenuta per interventi forniti dal 01/01/2023 al 31/12/2023.

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