

All'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale  
di Bormio

**DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI BUONI/VOUCHER SOCIALI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE O COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA**

(Misura B2 – DGR n. 1669/2023 del 28.12.2023, n. 2033/2024 del 18.03.2024 e n. 2166/2024 del 15.04.2024)

La/Il sottoscritta/o (Cognome e Nome)

Nata/o a

il

Residente a

Via

Telefono

E-mail

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

**CHIEDE**

Per sé

in qualità di

familiare

amministratore di sostegno

tutore

Per

La signora/Il signor (Cognome e Nome)

Nata/o a

il

Residente a

Via

Telefono

E-mail

l'assegnazione del BUONO SOCIALE CAREGIVER FAMILIARE

l'assegnazione del BUONO SOCIALE ASSISTENTE FAMILIARE - BADANTE;

l'assegnazione del BUONO SOCIALE ASSISTENTE FAMILIARE - BADANTE in continuità con l'anno precedente;

l'assegnazione del voucher sociale per INTERVENTI SOCIALI INTEGRATIVI DI ASSISTENZA DOMICILIARE per:

B.1 Prestazioni socioassistenziali/tutelari a domicilio (es. aiuto nella preparazione del pasto per un corretto regime alimentare, pulizie dell'ambiente domestico, igiene personale, azioni che mirano a mantenere capacità relazionali e di socializzazione all'esterno dall'ambiente domestico);

B.2 Ricovero di sollievo in struttura residenziale;

B.3 Prestazioni socioeducative/educative

**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 "MISURA A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE O COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA (Misura B2 – DGR n. 1669/2023 del 28.12.2023, n. 2033/2024 del 18.03.2024 e n. 2166/2024 del 15.04.2024)" 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	
data e luogo di nascita	
residenza	
grado di parentela (rispetto al richiedente)	
2° nominativo	
data e luogo di nascita	
residenza	
grado di parentela (rispetto al richiedente)	

**oppure**

di acquistare prestazioni da assistente familiare (badante) regolarmente impiegata per almeno 25 ore settimanali;

di fruire di Servizi socio-sanitari diurni (CDD/CDI) o unità d'offerta sociali a ciclo diurno (CSE) con costi a carico dell'Ufficio di Piano per un monte ore settimanale inferiore a 18;

di fruire di Servizi socio-sanitari diurni (CDD/CDI) o unità d'offerta sociali a ciclo diurno (CSE) con costi a carico dell'Ufficio di Piano per un monte ore settimanale superiore a 18;

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

di fruire dei seguenti servizi compatibili con la Misura B2:

Servizio Assistenza Domiciliare (SAD)

Assistenza domiciliare integrata (ADI)

Servizio educativo domiciliare territoriale (SEDT)

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;

Progetti "Dopo di noi" (specificare quali spese) .....

Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l. r. n. 15/2015

Progetti di intervento a sostegno della famiglia, anche in ottica di sollievo, che offrono alla persona con disabilità di poter trascorrere fuori casa alcune ore per attività di supporto, socializzazione e svago realizzate presso ad es. CDD, RSD, CSE ecc. oppure organizzate da Enti del Terzo Settore in raccordo con i Comuni/Ambiti, senza configurarsi in termini di una presenza più organizzata quantificata fino a 18 ore settimanali

di non fruire delle seguenti prestazioni/servizi:

- i Voucher anziani e disabili (ex DGR n. 7487/2017 e DGR n. 2564/2019);

- accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura residenzialità per minori con gravissima disabilità);

- 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 impiegato;

- presa in carico con la Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;

- Home Care Premium/INPS HCP;

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;

che l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) per prestazioni di natura sociosanitaria non residenziale o ISEE ordinario in caso di minori, in corso di validità ed allegato alla presente, risulta essere pari ad Euro \_\_\_\_\_;

