|  |  |
| --- | --- |
|  | **Mod. n. 1**All’Ufficio di Piano dell’Ambito Territoriale di Bormio  |

**DOMANDA PER L’EROGAZIONE DI BUONI/VOUCHER SOCIALI PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI A BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE E DELLE PERSONE CON DISABILITÀ E NECESSITÀ DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO**

**(Misura B2 – DGR n. 3719/2024 del 30.12.2024)**

|  |
| --- |
| 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 ASSISTENTE FAMILIARE - BADANTE;

[ ]  l’assegnazione del BUONO SOCIALE ASSISTENTE FAMILIARE - BADANTE in continuità con l’anno precedente;

[ ]  l’assegnazione del BUONO SOCIALE e del VOUCHER per interventi sociali integrativi che prevedano prestazioni socioassistenziali/tutelari a domicilio

[ ]  l’assegnazione del VOUCHER per il ricovero di sollievo in struttura residenziale;

[ ]  l’assegnazione del VOUCHER per 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 dell’Avviso FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA (FNA) – Annualità 2024 – Esercizio 2025, MISURA A FAVORE DELLE PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI A BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE E DELLE PERSONE CON DISABILITÀ E NECESSITÀ DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO (Misura B2 – DGR n. 3719/2024 del 30.12.2024) 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;

☐ Sostegni per interventi infrastrutturali "Dopo di noi";

☐ 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;

[ ]  Progetti ex L. 328/2000 a favore di persone con disabilità sostenuti dai Comuni con finalità di supporto e di sollievo alla famiglia;

[ ]  di non fruire delle seguenti prestazioni/servizi:

* 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;
* prestazione Universale di cui agli artt. 34-36 del D.Lgs 29/2024;
* 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

[ ]  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 aver preso atto dell’informativa privacy della Comunità Montana Alta Valtellina (www.cmav.so.it/protezione-dei-dati-personali);

[ ]  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 presenta dichiarazione è sottoscritta dall’esercente la potestà genitoriale in caso di richiedente minorenne.

**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 e dell’ultima busta paga;

[ ]  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;

[ ]  Copia sentenza di nomina del tutore o amministratore di sostegno del soggetto fragile da parte dell’Autorità Giudiziaria, se esistente.

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