



Spett.le Comune di _____

**DOMANDA di ACCESSO ALLA MISURA B2
DEL FONDO NON AUTOSUFFICIENZA 2023 (esercizio 2024)
PER L'EROGAZIONE DI BUONI SOCIALI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONI DI
GRAVE DISABILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA**

(DGR N.XII/1669 del 28.12.2023 - DGR.N.XII/2033 del 18/03/2024 – DGR N.XII/2166 del 15.04.2024)

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov. (_____) il ____/____/____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (_____) cap _____

in via/piazza _____ n° _____

tel _____ e-mail _____

in qualità di :

diretto interessato

oppure

tutore/curatore/procuratore (provvedimento nomina _____)

genitore, in possesso della responsabilità genitoriale:

in via esclusiva

in modo congiunto

del/la Sig./Sig.ra o minore affetto/a da grave disabilità:

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov. (_____) il ____/____/____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (_____) cap _____

in via/piazza _____ n° _____

CHIEDE

- l'assegnazione del **Buono sociale mensile** per caregiver familiare, finalizzato a compensare le prestazioni assicurate dal solo caregiver familiare.
- L'assegnazione del **Buono sociale mensile Assistenti familiari** in caso di personale di assistenza regolarmente impiegato anche in presenza di caregiver familiare
- Assegno di Autonomia

DICHIARA

che la persona in condizioni di grave disabilità:

- è residente nel Comune dove presenta la domanda;
- si trova in condizione di gravità come accertata ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge 104/1992 ovvero di aver presentato domanda di richiesta di accertamento della condizione di cui all'art.3, comma 3 della L.104/1992 all'ASST di competenza oppure condizione di invalidità al 100% e beneficio dell'indennità di accompagnamento (di cui allega documentazione completa);
- presenta una situazione economica certificata dall'attestazione ISEE (D.Lgs. 159/2013):
 - non superiore a € 40.000,00 per minori (ISEE ordinario);
 - non superiore a € 25.000,00 per adulti e anziani (ISEE socio sanitario);
 - non superiore a € 30.000,00 per progetti di vita indipendente (ISEE socio sanitario);

DICHIARA

che la persona in condizione di grave disabilità attualmente:

FREQUENTA servizi prima infanzia NO SI

FREQUENTA la scuola (tutti i gradi fino alla scuola media superiore) NO SI

È INSERITA in una Unità d'offerta residenziale socio-sanitaria o sociale NO SI

(es. Misura residenzialità per minori con gravissima disabilità, Comunità Alloggio Disabili, Comunità Educativa ...)

È INSERITA in una Unità d'offerta semiresidenziale sanitaria, socio-sanitaria o sociale NO SI

(es. Centro Diurno per Disabili, Riabilitazione in diurno continuo, regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, Centro Socio educativo, Sperimentazione riabilitazione minori disabili diurna ...)

Se SI, per un totale ore settimanale di _____ nei seguenti giorni

USUFRUISCE dei seguenti servizi/misure:

- servizi domiciliari comunali

(se si quali e per quante ore settimanali? _____) NO SI

- *misura B1*

NO SI

- *altri contributi economici/misure di sostegno*

(Se si, quali _____) NO SI

- altri servizi

NO SI

(eventuale data di dimissione ____/____/____)

di essere a conoscenza che in caso di domanda non compilata in ogni sua parte e/o non presentazione della documentazione, indicata nella sottostante sezione ALLEGA, l'istanza sarà considerata non completa e pertanto ritenuta **non ammissibile**;

di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 novellato dal D.Lgs. n. 101/2018. In mancanza del consenso al trattamento dei dati, l'Ente preposto sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richiesti e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge;

di essere consapevole ed accettare che l'**accesso in graduatoria** che determinerà l'ammissione o meno al beneficio, in relazione alle risorse disponibili, è subordinata alla valutazione della fragilità sociale del beneficiario dell'intervento operata, anche telefonicamente, dall'assistente sociale attraverso specifici strumenti di valutazione (scheda provinciale di valutazione sociale);

di essere consapevole che il buono sociale verrà erogato alle persone che risulteranno **ammesse al beneficio** a seguito del risultato ottenuto nella graduatoria di Ambito, in relazione anche ai fondi disponibili e nel riconoscimento delle priorità e criteri di accesso stabiliti nel Bando;

di impegnarsi, quale condizione indispensabile per l'erogazione del contributo, a condividere e sottoscrivere un **progetto assistenziale individualizzato**, concordato dalla famiglia con l'assistente sociale referente del caso, sulla base di quanto richiesto e della valutazione sociale operata;

di essere consapevole che l'assistente sociale nell'arco del periodo di erogazione del buono effettuerà **verifiche** (tramite colloqui, visite domiciliari ecc..) relative al corretto svolgimento del progetto e che pertanto il buono non verrà erogato se la famiglia non condivide la sottoscrizione del progetto o se viene verificata da parte dell'assistente sociale la mancata realizzazione dello stesso;

di **impegnarsi a comunicare al Servizio Sociale del Comune**:

1. l'eventuale ricovero in ospedale, in istituto di riabilitazione o in strutture residenziali;
2. gli eventuali altri motivi che facciano venir meno la necessità di cure domiciliari o il diritto alla concessione del contributo;
3. l'eventuale decesso della persona beneficiaria.

di non trovarsi in nessuna delle cause di **incompatibilità** previste dall'Avviso pubblico;

di comunicare, ai fini dell'accreditamento del buono, gli **estremi di pagamento**:

❖ conto corrente¹ IBAN _____

Banca _____ agenzia di _____

intestato a _____ C. F. _____

Residente a _____ in via _____

Nel caso di conto corrente cointestato indicare i dati dei titolari:

Nominativo _____ CF _____

Residente a _____ in via _____

Nominativo _____ CF _____

Residente a _____ in via _____

Per gli adempimenti connessi alla presente procedura si precisa che:

- I dati personali o sensibili presenti nell'istanza, sono necessari per poter erogare le prestazioni, i servizi e i contributi richiesti, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all'attività dell'Ente. I dati stessi potranno essere trattati anche in seguito al termine della prestazione erogata, nei limiti sopraindicati.
- Il trattamento e l'archiviazione dei dati avverrà mediante l'utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere eseguito sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici.
- I dati forniti non saranno diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

A tal fine **ALLEGA**

*(tutti i documenti elencati sono **obbligatori** per l'accoglimento della domanda)*

- modello ISEE in corso di validità alla data di presentazione della domanda;
- copia del verbale di invalidità civile da cui risulti il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o della dichiarazione di condizione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013;
- copia del documento d'identità in corso di validità e del codice fiscale del beneficiario e del dichiarante *(si ricorda che in caso di responsabilità genitoriale congiunta deve essere prodotta da entrambi i genitori)*;
- copia del documento d'identità o permesso di soggiorno dell'assistente familiare o domanda di rinnovo, se straniera; lettera d'assunzione o contratto indicante le ore di lavoro; bollettini trimestrali attestanti il versamento dei contributi previdenziali e assicurativi.

¹ Si ricorda che non è possibile effettuare bonifici su libretti postali.

A cura dell'assistente sociale

Descrizione sintetica della situazione

Luogo e data , _____

L'assistente sociale _____

Firma del dichiarante _____

In caso di minore:

Firma dell'altro genitore in possesso della responsabilità genitoriale _____