

BANDO PER L'ASSEGNAZIONE DI BUONI SOCIALI MENSILI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE O COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA ASSISTITI AL DOMICILIO DA UN CAREGIVER FAMILIARE O DA UN ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE ASSUNTO

(ai sensi delle DGR 4138/20 – 4408/21 di Regione Lombardia – MISURA B2)

**Presentazione delle domande al proprio Comune di residenza
dal giorno 17/05/2021 al giorno 17/06/2021**

Al Comune di _____

IL RICHIEDENTE:

Il/la sig./ra (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ Prov. di _____ il _____

residente a _____ Prov. _____

in via _____ n° _____

codice fiscale _____

Tel. _____ email _____

In qualità di beneficiario, tutore, curatore, amministratore di sostegno

familiare (specificare _____), altro (specificare _____)

Per conto del **BENEFICIARIO** sotto riportato (compilare solo se si tratta di persona diversa dal richiedente)

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A A _____ PROV. _____ IL _____

RESIDENTE A _____ VIA _____ N° _____

PROV _____ TEL _____

CODICE FISCALE _____

Visto il “Bando per l’assegnazione di buoni sociali mensili a favore di persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza assistiti al domicilio da un caregiver familiare o da un assistente familiare regolarmente assunto” *(ai sensi delle DGR 4138/20 – 4408/21 di Regione Lombardia – MISURA B2)*

CHIEDE

l'assegnazione del buono sociale (barrare e compilare una delle due fattispecie):

- FINALIZZATO A COMPENSARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ASSICURATE DAL CAREGIVER FAMILIARE**

A FAVORE DI (barrare la casella di interesse)

- DISABILE MINORE**
 DISABILE ADULTO
 ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE (DAI 65 ANNI)

NOME e COGNOME DEL CAREGIVER FAMILIARE

GRADO DI PARENTELA CON IL POSSIBILE BENEFICIARIO DEL BUONO _____

DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI ASSICURATE DAL CAREGIVER AL BENEFICIARIO _____

- FINALIZZATO A COMPENSARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ASSICURATE DA UN ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE ASSUNTO**

(ASSUNTO DAL _____ PER N° ORE SETTIMANALI _____)

A FAVORE DI (barrare la casella di interesse)

- DISABILE MINORE**
 DISABILE ADULTO
 ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE (DAI 65 ANNI)

Secondo quanto definito nel documento "Criteri per l'erogazione di buoni sociali mensili a favore di persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza assistiti al domicilio da un caregiver familiare o da un assistente familiare regolarmente assunto".

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA (Barrare una o entrambe le ipotesi)

- Che il/la beneficiario/a è in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992
- Che il/la beneficiario/a è in possesso dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988, come da certificazione allegata;

Che il/la beneficiario/a (barrare la casella di interesse). Si segnala che la mancata compilazione o la compilazione errata comporta la non assegnazione della priorità):

- non** beneficia di interventi o di sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti Pubblici o privati o da Enti previdenziali (es. INPS/Home care premium)
- beneficia** di interventi o di sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti Pubblici o privati o da Enti previdenziali (es. INPS/Home care premium)

a) IN CASO DI MINORE DISABILE GRAVE (0-17 anni):

- Che il valore ISEE **ordinario** in corso di validità è pari ad Euro _____
(indicare il n. protocollo INPS - ISEE _____)
rilasciato in data _____;
- Che il richiedente è consapevole che a seguito della presentazione della domanda e della valutazione di essa sarà facoltà dell'Assistente sociale del Comune di residenza prevedere l'erogazione, in alternativa ai buoni sociali, di voucher sociali per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità con appositi progetti di natura educativa/socializzante.

b) IN CASO DI ADULTO DISABILE GRAVE (dai 18 ai 64 anni):

- Che il valore ISEE **sociosanitario** in corso di validità è pari ad Euro _____
(indicare il n. protocollo INPS - ISEE _____)
rilasciato in data _____;
- Che il/la sig./ra indicato/a come beneficiario/a **NON** beneficia del contributo per progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale assunto.

c) IN CASO DI ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE (Dai 65 anni):

- Che il valore ISEE **sociosanitario** in corso di validità è pari ad Euro _____
(indicare il n. protocollo INPS - ISEE _____)
rilasciato in data _____.

DICHIARA INOLTRE

(Per avere accesso alla misura è necessario rientrare in tutte le fattispecie sotto indicate)

- che il/la beneficiario/a **NON** è accolto/a in via definitiva presso Unità d'offerta sociale o sociosanitaria e/o **NON** frequenta unità d'offerta sociale o sociosanitaria semiresidenziale diurna;
- che il/la beneficiario/a **NON** è accolto/a per un ricovero di sollievo, superiore nell'anno a 60 giorni per gli adulti e 90 giorni per i minori, in cui il costo totale del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- che il/la beneficiario/a **NON** beneficia della **misura B1**;

Si allega (selezionare allegati al documento):

- ❑ Copia carta d'identità e codice fiscale del richiedente E del beneficiario (se diverso dal richiedente) – in caso di minore allegare i documenti sia del genitore che del minore;
- ❑ Copia della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 e/o della documentazione attestante il possesso dell'indennità di accompagnamento;
- ❑ Nel caso in cui si richieda l'accesso al buono sociale *“finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate da un assistente familiare impiegato con regolare contratto”*, allegare copia del contratto dell'assistente familiare regolarmente assunto;

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016.

Il sottoscritto _____ prende atto che ai sensi dell'art.13 Regolamento Europeo 679/2016 i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi di cui al procedimento per il quale si rilasciano le dichiarazioni di cui sopra, come da informativa art. 8 del bando per l'assegnazione di buoni sociali mensili a favore di persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza assistiti al domicilio da un caregiver familiare o da un assistente familiare regolarmente assunto” (ai sensi delle DGR 4138/20 – 4408/21 di Regione Lombardia – MISURA B2)

Luogo, data _____ Firma del richiedente _____