



Allegato 1

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE A FAVORE DI PERSONE:

- ☐ **CON DISABILITA' GRAVE**
- ☐ **ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI**

(ai sensi della misura b2 della DGR 2883/2014 di Regione Lombardia)

Al Comune di _____

IL RICHIEDENTE:

Il sig./la sig.ra (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ Prov. di _____ il _____
residente a _____ in via _____ n° _____
prov. _____ codice fiscale _____
Tel _____

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 _____

CHIEDE

L'assegnazione del Buono Sociale:

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

(NOME e COGNOME DEL CAREGIVER FAMILIARE _____
GRADO DI PARENTELA CON IL POSSIBILE BENEFICIARIO DEL BUONO _____)

☐ **FINALIZZATO A COMPENSARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ASSICURATE DA UN ASSISTENTE PERSONALE REGOLARMENTE ASSUNTO**

(N° ORE SETTIMANALI _____)

secondo quanto definito nel documento "Criteri per l'erogazione di buoni sociali a favore di persone con disabilità grave e per anziani non autosufficienti".

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

a) IN CASO DI MINORE DISABILE GRAVE:

- Che il/la minore _____ è in possesso della certificazione di gravità rilasciata dalla Commissione Asl ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992 e della diagnosi funzionale con un livello di gravità grave/gravissimo, come da certificazioni allegate;
- Che il valore ISEE in corso di validità, riferito alle "*prestazioni agevolate di natura sociosanitaria*", secondo quanto previsto dall'art. 7 D.P.C.M. n° 159/2013, è pari a Euro _____ come da certificazione ISEE allegata;
- Che il/la minore _____ non frequenta nessuna unità d'offerta sociale/sociosanitaria.

b) IN CASO DI ADULTO DISABILE GRAVE:

- Che il sig/la sig.ra _____ è in possesso della certificazione d'invalidità 100% rilasciata dall'Asl, come da certificazione allegata;
- Che il valore ISEE in corso di validità, riferito alle "*prestazioni agevolate di natura sociosanitaria*", secondo quanto previsto dall'art. 6 comma 1 e 2 del D.P.C.M. n° 159/2013, è pari a Euro _____ come da certificazione ISEE allegata;
- Che il sig/la sig.ra _____ non frequenta nessuna unità d'offerta sociale/sociosanitaria.
- di essere in possesso/non essere in possesso dell'indennità di accompagnamento;

Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003

Il sottoscritto _____ prende atto che ai sensi dell'art.13 del D.Lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi a cui il procedimento, per il quale si richiede la dichiarazione di cui sopra.

In fede (firma) _____

Luogo, _____ Data _____

Si allega:

- Copia carta d'identità e codice fiscale del beneficiario e della persona richiedente (se diversa dal beneficiario)
- (Solo in caso di minore disabile) Copia certificazione di gravità ai sensi della L.104/92;
- (Solo in caso di minore disabile) Copia della diagnosi funzionale;
- Copia del Certificato d'invalidità;
- Attestazione ISEE
- Documentazione comprovante la regolarizzazione dell'assistente personale
- Altra documentazione attestante particolare stato di bisogno e di fragilità
- Progetto Individuale di assistenza (PAI)
- Valutazione scale ADL e IADL