

AMBITO DISTRETTUALE BASSA BRESCIANA ORIENTALE

*Comuni di Acquafredda, Calcinato, Calvisano, Carpenedolo,
Montichiari, Remedello e Visano*

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE A FAVORE DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI E DELLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE ASSISTITI A DOMICILIO

01.04.2023/31.03.2024

*(Piano Sociale di Zona dell'Ambito Distrettuale Bassa Bresciana Orientale –
interventi di cui alla D.G.R. 7751/2022)*

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____

in via _____ n. _____ CAP _____

telefono _____ e-mail _____

CHIEDE

l'assegnazione del Buono Sociale per il periodo 01.04.2023/31.03.2024 per:

- assistenza continuativa al domicilio da parte del caregiver familiare;*
- assistenza continuativa al domicilio da parte dell'assistente familiare con regolare contratto (Indicare ore settimanali di contratto n.)*

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità degli 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

- di non essere in accoglienza definitiva presso unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. RSA, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);*
- di non essere in ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;*

- di non beneficiare di un contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI – per onere assistente personale regolarmente impiegato;
- di non essere preso/a in carico con Misura RSA Aperta di cui alla DGR 7769/2019;
- di non essere beneficiario della Misura B1;
- di non essere beneficiario del voucher anziani e disabili (ex DGR n. 7487/2017 e DGR n. 2564/2019);
- di non beneficiare della misura Home Care Premium/INPS HCP con la prestazione prevalente;
- Di fruire del seguente servizio diurno (tipologia..... Ente gestore.....)

- di essere in condizione di gravità ai sensi dell'art. 3, 3° comma, legge n. 104/92, come da verbale n. _____ in data _____, **di cui allego copia;**
- di essere beneficiario/a dell'indennità di accompagnamento come verbale n. _____ in data _____, **di cui allego copia;**
- che le persone inserite nel proprio stato di famiglia e che il reddito lordo percepito sono indicati nell'autodichiarazione per il rilascio dell'attestazione ISEE, **di cui allego copia** (attestazione n. _____ del _____);
- di impegnarsi a comunicare, direttamente o mediante un familiare:
 1. l'eventuale ricovero in istituto di riabilitazione o in struttura residenziale;
 2. eventuali altri motivi che facciano venire meno la necessità di cure domiciliari o il diritto alla concessione del buono;
- di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti;
- di scegliere, ai fini dell'accreditamento dei benefici economici, una delle seguenti modalità di pagamento:

direttamente su CONTO CORRENTE BANCARIO / POSTALE

INTESTATARIO o COINTESTATARIO
CODICE IBAN

direttamente su CONTO CORRENTE BANCARIO / POSTALE DEL MIO FAMIGLIARE CHE AUTORIZZO ALLA RISCOSSIONE PER MIO CONTO

INTESTATARIO
cognome _____ nome _____
nato/a a _____ il _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____
indirizzo e n. civico _____
codice fiscale _____
CODICE IBAN

ALLEGA

- nel caso di istanza del buono sociale per sostenere le spese per l'acquisto di prestazioni di assistente familiare va presentata **copia del contratto di lavoro e copia dei due ultimi cedolini dello stipendio**

luogo e data

in fede

SOTTOSCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE

- La presente dichiarazione è resa nell'interesse del soggetto che si trova in una situazione di impedimento temporaneo, 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, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante (barrare la casella se ricorre il caso).
- La presente dichiarazione è resa in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale (barrare la casella se ricorre il caso).

Se ricorre uno dei casi suddetti, ogni riferimento al "dichiarante", è da intendersi come riferimento al soggetto impedito o incapace nell'interesse o per conto del quale è redatta la dichiarazione.

INDICARE I DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CHE DICHIARA NELL'INTERESSE DEL SOGGETTO IMPEDITO O IN NOME E PER CONTO DEL SOGGETTO INCAPACE

cognome _____ nome _____

luogo di nascita _____ data di nascita _____

codice fiscale _____

comune di residenza _____ prov. _____ CAP _____

indirizzo e n. civico _____ telefono _____

luogo e data

in fede

Ai sensi del R. UE 2016/679 (Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali) il Comune di Montichiari, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, desidera informarLa che i suoi dati, verranno gestiti nel completo rispetto dei principi dettati dal Regolamento in materia di protezione dei dati personali.

L' informativa completa è disponibile presso gli uffici o sul sito internet del comune www.comune.montichiari.bs.it

La informiamo di quanto segue: il trattamento è indispensabile ai fini dell'accesso al beneficio; il trattamento è realizzato da personale del Comune di residenza e dell'Ufficio di Piano dell'Ambito distrettuale Bassa Bresciana Orientale, anche con l'ausilio di mezzi informatici.

Preso atto dell'informativa di cui sopra, il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali che lo/a riguardano, funzionale agli scopi per il quale è posto in essere.

....., il

Firma

PARTE RISERVATA AL COMUNE

<i>Punteggio complessivo valutazione ADL (6 punti) + valutazione IADL (8 punti)</i>	<i>(max 14 punti)</i>
<i>ISEE posseduto</i>	