

**AMBITO TERRITORIALE BASSA BRESCIANA ORIENTALE**

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

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE PER L'ACCESSO AGLI INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI  
(ASSISTENZA DOMICILIARE TUTELARE E RICOVERI DI SOLLIEVO) A FAVORE DEGLI  
ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI E DELLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE  
ASSISTITI A DOMICILIO 01.07.2024/30.06.2025  
(Interventi di cui alla D.G.R. 1669/2023 e s.m.i)**

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 voucher sociale per il periodo 01.07.2024/30.06.2025 per:

- l'attivazione degli interventi di assistenza domiciliare tutelare;
- l'assegnazione di un contributo in conto retta per il ricovero di sollievo/temporaneo in struttura residenziale;

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 non aver presentato domanda/beneficiario degli Interventi integrativi sociali – Disabili (socio educativa in contesti socializzanti), dell’Assegno per l’autonomia e del buono Assistenza continuativa al domicilio da parte dell’assistente familiare con regolare contratto;
- Di fruire del seguente servizio diurno (tipologia..... Ente gestore..... );
- di aver presentato domanda/beneficiario del buono mensile caregiver;

- 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;
- (da compilare solo nel caso di richiesta) di scegliere, ai fini dell’accreditamento dell’eventuale contributo in conto retta per il ricovero temporaneo in struttura residenziale 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 FAMILIARE 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**

- (da compilare solo nel caso di richiesta) di scegliere per l'erogazione delle prestazioni di assistenza tutelare domiciliare il seguente operatore accreditato:

- Coop. Soc. La Rondine di Mazzano
- Coop. Soc. Il Gabbiano di Pontevico
- Coop. Soc. Elefanti Volanti

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](http://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**

**Punteggio complessivo valutazione ADL (6 punti)  
+ valutazione IADL (8 punti)**

**(max 14 punti)**

**ISEE posseduto**

**INFORMAZIONI GENERALI PER ATTIVAZIONE SERVIZI  
(qualora la persona sia beneficiaria)**

**Dati Beneficiario:**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Comune di residenza: \_\_\_\_\_ Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ e – mail: \_\_\_\_\_

**Dati Familiare di riferimento:**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Comune di residenza: \_\_\_\_\_ Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ e – mail: \_\_\_\_\_

**TIPO DI INTERVENTO INTEGRATIVO RICHIESTO – VOUCHER TUTELARE per:**

**Ricovero di Sollievo**, presso la Struttura\*: \_\_\_\_\_

(\*La Struttura deve essere in possesso di autorizzazione e accreditamento da parte di Regione Lombardia)

Periodo ricovero programmato: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Assistenza Tutelare (SAD) per coloro che non fruiscono di servizi diurni:**

n. 11, 5 ore mensili (se non beneficiano del buono sociale caregiver)

n. 7 ore mensili (se beneficiario di buono sociale caregiver)

**Assistenza Tutelare (SAD) per coloro che fruiscono di servizi diurni:**

n. 7, 5 ore mensili (se non beneficiano del buono sociale caregiver)

n. 3,25 ore mensili (se beneficiario di buono sociale caregiver)

Si specifica che il servizio di assistenza tutelare, non permette il cumulo di ore inutilizzate durante la mensilità.

Il monte ore mensile deve rispettare la cifra totale richiesta al momento dell'attivazione.