



**DOMANDA PER LA CONCESSIONE DEL BUONO SOCIALE ASSISTENTE
FAMILIARE PER FAVORIRE L'AUTONOMIA E LA PERMANENZA A DOMICILIO DELLA
PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE - DGR XI/2720/2019 E DGR XI/2862/2020**

Protocollo

Barrare la modalità di presentazione:

- Istanza cartacea depositata presso il Comune di _____**
 Domanda trasmessa tramite mail a segretariatosociale@pdzbest.it

DATI DEL BENEFICIARIO

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
C.F. _____
residente a _____
in via /piazza _____ n. _____
recapito telefonico _____

se a presentare la domanda non è il beneficiario diretto,

Nome e Cognome di chi presenta la richiesta _____
relazione di parentela con l'assistito _____

N.B. In caso di persona sottoposta a tutela giuridica, la domanda deve essere sottoscritta da chi ne rappresenta la tutela. N. del decreto di Nomina AdS _____

CHIEDE

l'assegnazione del BUONO SOCIALE per le persone anziane non autosufficienti e disabili gravi così come previsto da bando. A tal fine consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci e la falsità degli atti sono puniti ai sensi del codice penale delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

a) di essere in possesso di riconoscimento di invalidità civile del 100% con diritto all'indennità di accompagnamento e/o di essere disabile grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992;

b) di possedere un reddito ISEE in corso di validità pari ad € _____;

Tipologia di attestazione presentata:

- attestazione 2020
 attestazione 2019
 simulazione INPS
- c) che nessuno altro componente del nucleo familiare ha presentato domanda per l'assegnazione del buono sociale;

d) di essere assistito a domicilio in maniera continuativa da un **ASSISTENTE FAMILIARE regolarmente assunto**;

1) monte ore settimanale di assistenza previsto dal contratto _____

2) tipo di prestazioni assistenziali garantite _____

e) di essere a conoscenza che il beneficio relativo al buono sociale decorrerà a partire dal mese di assegnazione e sino al 31/12/20;

f) di impegnarsi a comunicare, direttamente o mediante familiare:

- l'eventuale ricovero temporaneo in strutture residenziali (con la conseguente sospensione del buono)
- l'eventuale ricovero definitivo in strutture residenziali (con la conseguente decadenza del beneficio)
- eventuali altri motivi che facciano venire meno la necessità di assistenza a domicilio o il diritto di concessione del buono;

g) che i componenti del nucleo familiare, oltre il beneficiario, sono i seguenti:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Coniuge | <input type="checkbox"/> Padre |
| <input type="checkbox"/> Entrambi i genitori | <input type="checkbox"/> Madre |
| <input type="checkbox"/> Fratelli/sorelle | <input type="checkbox"/> Madre + fratelli |
| <input type="checkbox"/> Padre + fratelli | <input type="checkbox"/> Entrambi i genitori |
| <input type="checkbox"/> Figlio/i | <input type="checkbox"/> Solo |

h) di essere in una delle seguenti condizioni patologiche:

- Demenza – Alzheimer
- Disabilità a seguito di evento traumatico
- Encefalopatia di natura metabolica infettiva o ereditaria
- Disabilità sensoriale
- Altra malattia neurodegenerativa (Parkinson...)
- Disabilità comportamentale (compresi i disturbi dello spettro autistico)
- Ritardo mentale
- Sindromi congenite su base cromosomica (Down...)
- Distrofie muscolari e altre miopatie
- Sclerosi multipla
- Altro (da considerarsi solo come opzione residuale)

i) di non frequentare un servizio semiresidenziale o diurno

di frequentare un servizio semiresidenziale o diurno _____ per n. ore sett. _____
e di beneficiare di un'integrazione della retta da parte del Comune di Residenza;

di frequentare un servizio semiresidenziale o diurno _____ per n. ore sett. _____
e di non beneficiare di un'integrazione della retta da parte del Comune di Residenza

N.B. data l'attuale situazione di emergenza sanitaria e la temporanea sospensione dei servizi diurni, indicare la condizione di iscrizione per il 2020, anche se in questo periodo non si partecipa alle attività

j) di NON beneficiare di altre Misure di sostegno, quali:

- FNA B1
- Progetti di vita indipendente PRO.VI
- Misura RSA aperta, ex DGR 7769/2018
- Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. 15/2015

Le coordinate bancarie per l'accredito del Buono Sociale sono le seguenti:

C/c bancario/postale n° _____ intestato a _____,

presso la banca/posta _____ filiale di _____

codice IBAN _____

(allegare copia cartacea del codice Iban)

Informativa ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30.06.2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e successivi del regolamento UE 2016/679

Ai sensi della normativa di riferimento, la informiamo di quanto segue:

- il trattamento dei suoi dati personali è indispensabile ai fini dell'erogazione del buono sociale da lei richiesto e viene realizzato dal personale dei servizi sociali di ambito nonché da personale dei servizi socio-sanitari del territorio, anche con l'ausilio di mezzi informatici. I suoi dati saranno inoltre trasmessi a Regione Lombardia in fase di rendicontazione dei benefici erogati.

Preso atto dell'informativa di cui sopra, il/la sottoscritto/a _____ acconsente al trattamento dei dati personali finalizzati all'erogazione della prestazione richiesta.

_____, li _____

In fede

Allegati

- Copia del verbale di Invalidità Civile al 100% con indennità di accompagnamento o certificazione L104/1992 (è possibile produrre un'autocertificazione in caso di avviata richiesta)
- Attestazione ISEE in corso di validità (o documento sostitutivo in attesa dell'attestazione 2020, da inviare ENTRO e NON OLTRE il 30/06/2020)
- Copia del contratto di assunzione dell'assistente familiare
- Fotocopia della carta d'identità in corso di validità e codice fiscale del beneficiario e del richiedente qualora persona diversa dal beneficiario
- Copia dell'IBAN del beneficiario
- SCHEDE ADL e IADL compilate