



Azienda Speciale Consortile
per i Servizi alla persona
Brescia Est

**DOMANDA DI BUONO SOCIALE A SOSTEGNO DI PROGETTI DI
VITA INDIPENDENTE A FAVORE DI PERSONE DISABILI GRAVI**
in attuazione della D.G.R. XI/1253 del 12/02/2019

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 _____

CHIEDE

l'assegnazione del BUONO SOCIALE per l'attivazione di un piano personalizzato di intervento per la **vita indipendente**. 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 (allegare copia della certificazione);
b) di possedere un reddito ISEE in corso di validità pari ad € _____;

Tipologia di attestazione presentata:

- attestazione 2020
 attestazione 2019
 simulazione INPS
- c) di essere a conoscenza che il beneficio relativo al buono sociale decorrerà a partire dal mese in cui lo stesso è assegnato e sino al 31/12/20
- d) di impegnarsi a comunicare, direttamente o mediante altra persona delegata:
- 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;

e) 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)

f) 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 _____

(se possibile, 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 e/o certificazione L104/1992;
- Attestazione ISEE in corso di validità (o documento sostitutivo in attesa dell'attestazione 2020, da inviare ENTRO e NON OLTRE il 30/06/2020)
- Progetto individualizzato e piano personalizzato di intervento;
- SCHEDE ADL e IADL compilate
- Relazione dell'operatore sociale/sanitario di riferimento;
- Copia del contratto di assunzione dell'assistente personale;
- Fotocopia della carta d'identità in corso di validità e codice fiscale del beneficiario.