|  |  |
| --- | --- |
|  | All’Ufficio di Piano dell’Ambito Territoriale di Bormio  |

# DOMANDA PER L’EROGAZIONE DI BUONI SOCIALI VITA INDIPENDENTE FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ FISICO - MOTORIA GRAVE E GRAVISSIMA (Misura B2 DGR 4138/2020)

La/Il sottoscritta/o (Cognome e nome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_VIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N°\_\_\_\_

Telefono ab. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_

**CHIEDE**

l’assegnazione del Buono Sociale finalizzato a sostenere progetti di vita indipendente a favore di persone in condizione di disabilità fisico - motoria grave e gravissima assistititi da un assistente familiare (badante);

**DICHIARA**

ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del citato D.P.R. 445/00 nell’ipotesi di falsità e di dichiarazioni mendaci:

* di aver preso visione del bando per l’erogazione del buono sociale e di accettarne le condizioni;
* di essere stato/a riconosciuto invalido/a con invalidità civile pari al 100%, e con diritto all’indennità di accompagnamento dalla Commissione per l’accertamento degli stati di invalidità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

**oppure**

* di essere in possesso della certificazione della condizione di gravità prevista dell’art.3 comma 3 della legge 104/1992 oppure di aver presentato istanza di riconoscimento ( allegare copia);

**□** di acquistare prestazioni da un assistente familiare (badante):

|  |  |
| --- | --- |
| nome e cognome |  |
| data e luogo di nascita  |  |
| residenza |  |

**Oppure**

**□** che in caso di riconoscimento del buono sociale provvederà ad assumerne un assistente familiare (badante);

* che l’Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) sociosanitario, allegato alla presente, risulta essere pari ad Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere affetto da disabilità fisico - motoria grave e gravissima;
* di chiedere, in caso di assegnazione del beneficio, l’accredito dell’importo del buono sociale sul c/c bancario/postale intestato al richiedente presso la Banca/Agenzia………………………………………….……………di……………………………………..….. codice IBAN

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* di non fruire delle seguenti prestazioni/servizi:
* accoglienza definitiva presso l’Unità d’offerta residenziale socio sanitarie o sociale (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura residenzialità per minori con gravissima disabilità);
* Misura B1;
* Contributi da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI – per onere assistente personale assunto;
* Ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
* Presa in carico con la Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;
* Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex L.R. 15/2015;
* di essere consapevole che ai fini dell’inserimento in graduatoria della presente richiesta verrà effettuata la valutazione multidimensionale;
* di essere a conoscenza che l’Ufficio di Piano, ai sensi del DPCM n. 159/2013 e del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emergessero l’assenza dei requisiti o l’errato Indicatore della Situazione Economica Equivalente, sarà revocato ogni beneficio, effettuato il recupero delle somme corrisposte e sarà inoltrata denuncia all’Autorità Giudiziaria

**SI IMPEGNA**

* a sottoscrivere il Piano Individuale (PI);
* a comunicare tempestivamente all’Ufficio di Piano il ricovero definitivo in strutture sociali, sociosanitarie o sanitarie, il trasferimento di residenza in comuni non compresi nell’ambito territoriale di Bormio o il verificarsi di altre condizioni che determinano la decadenza dal contributo come indicato all’art. 5 del Bando;
* di aver preso atto dell’allegata informativa privacy.

**Firma (\*)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (**\*)** **Se il soggetto fragile è impossibilitato a presentare direttamente la domanda e a sottoscrivere la presente dichiarazione:**

* la presente dichiarazione è resa in nome o per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale- *si allega all’uopo copia della sentenza del Tribunale competente*;

**Dati anagrafici dell’amministratore di sostegno o tutore**

La/Il sottoscritta/o (Cognome e nome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_VIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N°\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_

Telefono ab. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  | Firma (\*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ALLEGATI:**

* Attestazione ISEE o DSU o simulazione sito Inps;
* Verbale invalidità civile;
* Documentazione di gravità prevista dell’art.3 comma 3 della legge 104/1992 oppure istanza di riconoscimento;
* Copia del Contratto di assunzione dell’assistente familiare (badante) oppure del preventivo per l’assunzione;
* Copia di un documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità;
* Eventuale copia sentenza del Tribunale di nomina del tutore o amministratore di sostegno del soggetto fragile.

L’Ufficio di Piano si riserva la possibilità di richiedere integrazioni della documentazione.