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

# DOMANDA PER L’EROGAZIONE DI BUONI SOCIALI PER CAREGIVER FAMILIARE O ASSISTENTE FAMILIARE (Badante) REGOLARMENTE IMPIEGATO A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE O COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA (MISURA B2 - DGR 5791/2021 E DGR 6003/2022)

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

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

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

Telefono ab. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**CHIEDE**

□ l’assegnazione del Buono Sociale a favore di persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza assistite a domicilio da caregiver familiare;

□ l’assegnazione del Buono Sociale a favore di persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza assistite a domicilio da un assistente familiare (badante) regolarmente impiegato;

**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/a invalido/a con invalidità civile pari al 100% e con diritto all’indennità di accompagnamento (o solo accompagnamento in caso di minori) 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 (allegare copia);

□ di avere necessità quotidiana di aiuto e supporto fornito dai seguenti caregiver familiari:

|  |  |
| --- | --- |
| 1° nominativo |  |
| data e luogo di nascita |  |
| residenza |  |
| grado di parentela (rispetto al richiedente) |  |
| 2° nominativo |  |
| data e luogo di nascita |  |
| residenza |  |
| grado di parentela (rispetto al richiedente) |  |

**oppure**

□ di acquistare prestazioni da assistente familiare (badante) regolarmente impegnato per almeno 25 ore settimanali;

□ di non fruire delle seguenti prestazioni/servizi:

* i Voucher anziani e disabili (ex DGR n. 7487/2017 e DGR n. 2564/2019);
* accoglienza definitiva presso Unità d’offerta residenziali sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura residenzialità per minori con gravissima disabilità);
* Misura B1;
* ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
* contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI – per onere assistente personale impiegato;
* presa in carico con la Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;
* Home Care Premium/INPS HCP con la prestazione prevalente;

□ di fruire di Servizi socio-sanitari diurni (CDD/CDI) o unità d’offerta sociali a ciclo diurno (CSE) con costi a carico dell’Ufficio di Piano;

□ di non fruire di Servizi socio-sanitari diurni (CDD/CDI) o unità d’offerta sociali a ciclo diurno (CSE) con costi a carico dell’Ufficio di Piano;

□ che l’Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) per prestazioni di natura sociosanitaria o ISEE ordinario, allegato alla presente, risulta essere pari ad Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ 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 essere consapevole che ai fini dell’inserimento in graduatoria della presente richiesta verrà effettuata una valutazione multidimensionale da parte del servizio sociale dell’Ufficio di Piano;

□ 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;

□ di aver preso atto dell’allegata informativa privacy.

**SI IMPEGNA**

* a sottoscrivere il Progetto Individuale (PI);
* a comunicare tempestivamente 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. 6 del Bando.

**Firma (\*)**

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

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

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

* la presente dichiarazione è resa nell’interesse del soggetto che si trova in una situazione di impedimento 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 o in assenza di questi da altro parente in linea retta o collaterale fino al quarto grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante*;*
* la presente dichiarazione è resa in nome o per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale e pertanto si allega copia della sentenza del Tribunale competente;
* la presenta dichiarazione è sottoscritta dall’esercente la potestà genitoriale in caso di richiedente minorenne.

**Dati anagrafici della persona che dichiara nell’interesse del soggetto impedito o in nome e per conto del soggetto stesso**

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

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

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

Telefono ab. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

tipo di parentela col soggetto fragile (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma (\*)**

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

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGATI:**

* Attestazione ISEE;
* Verbale invalidità civile;
* Documentazione di gravità prevista dell’art.3 comma 3 della legge 104/1992;
* Copia del Contratto di assunzione dell’assistente regolarmente impiegato (badante) - per minimo di 25 ore settimanali;
* 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.