COMUNITÀ MONTANA
Alta Valtellina

All'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale
di Bormio

DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI BUONI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE E IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA COME DA PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE "FONDO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE – ANNUALITÀ 2021" – DGR 6576/2022.

La/Il sottoscritta/o (Cognome e Nome) _____

Nata/o a _____ in data _____/_____/ _____

Residente a _____ ____VIA _____N°____

Telefono ab. _____ Cell _____ E-mail _____

Codice Fiscale |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__

CHIEDE

□ Un contributo una tantum per Interventi residenziali di sollievo;

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 dell'avviso 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 non fruire delle seguenti prestazioni/servizi:
  - 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;
  - Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;
  - Home Care Premium/INPS HCP con la prestazione prevalente;

□ 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 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.

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 di un documento di riconoscimento del dichiarante e del beneficiario 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.