A L L E G A T O A

# “BANDO PER L’ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE O COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA

**(DGR** **N.** **5791** **del** **21.12.2021)**

ALL’UFFICIO DI PIANO DELL'AMBITO DISTRETTUALE

DEL PIANO DI ZONA BRONI E CASTEGGIO(PV)

Piazza Garibaldi 12

27043 Broni (PV)

**DOMANDA** **PER** **L’ASSEGNAZIONE** **DI** **BUONO** **SOCIALE** **A** **FAVORE** **DELLE** **PERSONE** **CON** **DISABILITÀ** **GRAVE** **O** **COMUNQUE** **IN** **CONDIZIONE** **DI** **NON** **AUTOSUFFICIENZA** **(DGR** **N.** **5791** **del** **21.12.2021)**

Il/la sottoscritto/a………………………………………………………………………………………

Nato/a…………………………………………………….. il………………………………………

Prov……….. C.F. ……………………………………………………………………………………

Residente in Via……………………………………………………………………..n°………………

Comune di…………………………………………………Cap……………………Prov……………

TEL……………………………………..EMAIL…………………………………………………..

TEL……………………………………………..…………………………………………………..

*Indicare* *sempre* *uno* *o* *più* *numeri* *di* *telefono* *specificando* *a* *chi* *corrisponde* *(familiare,* *persona* *di* *riferimento* *ecc..)* *Domicilio* *(se* *diverso* *dalla* *residenza):* *Via……………………………………………………………………..n°………………*

*Comune* *di…………………………………………………Cap……………………Prov……………*

# In qualità di:

* diretto interessato
* familiare *(specificare* *grado* *parentela* *o* *affinità)* ……………………………………………………….…
* amministratore di sostegno (allegare decreto di nomina)

del **beneficiario** indicato di seguito

Cognome e nome ……...………………………………………………………………………………

Nato/a…………………………………………………….. il ………………………………………

Prov………..C.F………………………………………………………………………………………

TEL……………………………………..EMAIL…………………………………………………..

Residente in Via……………………………………………………………………..n°………………

Comune di…………………………………………………Cap……………………Prov……………

*Domicilio* *(se* *diverso* *dalla* *residenza)* *Via……………………………………………………………………..n°………………*

*Comune* *di…………………………………………………Cap……………………Prov……………*

# CHIEDE

L’assegnazione del Buono Sociale (misura B2) in favore delle persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza.

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

# DICHIARA

* Di aver preso visione del **"**bando per l’assegnazione del buono sociale a favore delle persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza (D.G.R. N. 5791/2021), approvato dall’ Assemblea dei Sindaci in data 22/03/2022, con l'accettazione incondizionata di tutte le condizioni e clausole in esso previste;
* Di essere in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell’art. 3, comma 3 della legge 104/1992 o beneficiario dell’indennità di accompagnamento; (in riferimento alla persona beneficiaria dell’intervento);
* Di essere residente nel Comune di …………………………………….…….(PV) (in riferimento alla persona beneficiaria dell’intervento);
* Di essere in possesso di conteggio ISEE pari ad € (in riferimento alla persona

beneficiaria dell’intervento);

* Che la persona che si occupa del beneficiario, in caso di caregiver familiare, è il/la Sig./Sig.ra

…………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………....;

* Di essere a conoscenza che il buono sarà erogato, solo se il potenziale beneficiario raggiungerà la posizione utile in graduatoria, con le regole esplicitate nel bando;
* Di avvalersi di personale di assistenza regolarmente assunto:

con validità dal al per un monte ore settimanale di

* Di frequentare l’unità d’offerta semiresidenziale sociosanitaria o sociale (indicare la struttura frequentata e il numero di accessi settimanali) (barrare con X):
	+ centro diurno integrato per anziani (CDI)… n° giorni alla settimana
	+ centro socio educativo per disabili (CSE) … n° giorni alla settimana
	+ servizio di formazione all’autonomia (SFA) … n° giorni alla settimana
	+ centro diurno disabili (CDD) … n° giorni alla settimana

□ altro (indicare) …………………………………………………………

* Di beneficiare dei seguenti servizi (barrare con X):
* interventi di assistenza domiciliare: Assistenza Domiciliare Integrata, Servizio di Assistenza Domiciliare;
* interventi di riabilitazione in regime ambulatoriale o domiciliare:
* ricovero ospedaliero e/o riabilitativo;
* ricovero di sollievo per adulti per massimo 60 giorni programmabili nell’anno, per minori per massimo 90 giorni;
* sostegni DOPO DI NOI;
* bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015.
* Voucher anziani e disabili ex DGR n. 7487/2017 e s.m.i.;
* 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 regolarmente impiegato;
* presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;
* prestazioni previste da Home Care Premium con prestazione prevalente;
* prestazioni previste da Home Care Premium/INPS HCP con prestazioni integrative;
* altro :
* Di impegnarsi a comunicare tempestivamente l’eventuale ricovero in struttura sanitaria o socio sanitaria, ovvero qualsiasi variazione dei requisiti dichiarati nella presente domanda che implicassero l'insorgere di incompatibilità o la modifica/revoca del beneficio, consapevole che l’omessa comunicazione potrebbe compromettere l’erogazione del buono sociale e la richiesta di restituzione di quanto indebitamente percepito, per i motivi elencato dal bando ;
* Di essere a conoscenza che in caso di domanda non compilata in ogni sua parte e/o non presentazione della documentazione o integrazione della stessa entro i termini indicati dal bando, come da sottostante sezione, l’istanza sarà considerata non completa e pertanto ritenuta non ammissibile;
* Di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e D.Lgs. n. 101/2018 e - per gli adempimenti connessi alla presente procedura - possano essere comunicati ai seguenti soggetti:
* operatori dei Comuni/Uffici di Piano, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell’attività istituzionale;
* operatori degli Uffici dell’ASST afferenti all’ATS, appositamente incaricati, nell’ambito di verifiche e di progetti specifici finalizzati all’integrazione dei servizi socio-assistenziali con i servizi socio-sanitari;
* soggetti afferenti al “sistema di cura” della persona con disabilità - MMG/PDL/Caregiver familiare, Erogatore ADI, Centri specialistici di riferimento al fine di acquisire tutte le informazioni utili al compimento della valutazione ed alla stesura del progetto individuale.

**Indicare** **il** **conto** **corrente** su cui eventualmente verrà accreditato il buono sociale, se riconosciuto.

Banca (NO POSTEPAY) ……………………………………………………………………….

IBAN ……………………………………………………………………………………………….

Conto intestato a:

NOME COGNOME……………………………

CODICE FISCALE…………………….

RESIDENTE IN VIA ………………….………….. N……. CITTA’ ……….. CAP …………

Si impegna a comunicare ogni variazione dell’Iban, ed ogni altra variazione inerente al beneficiario, compatibilmente con le finalità del buono sociale e del relativo bando.

# DOCUMENTI OBBLIGATORI DA ALLEGARE

1. Attestazione ISEE in corso di validità comprensiva della DSU (Dichiarazione sostitutiva unica) che è parte integrante dell’Isee;
	* ISEE Socio-sanitario (per adulti e anziani)
	* ISEE ordinario (per minori)
2. Verbale di invalidità civile oppure verbale della commissione medica attestante il possesso dell’art. 3, comma 3 della legge 104/1992;
3. Copia documento di identità del richiedente;
4. Copia del documento di identità del beneficiario (la persona non autosufficiente);
5. Copia del documento di identità del caregiver familiare;
6. Decreto di nomina dell’amministratore di sostegno (se presente);
7. In presenza di assistente familiare regolarmente assunto, denuncia di inizio attività all’INPS e contratto d’assunzione e documento di identità dell’assistente familiare.

Luogo e data

 , il

FIRMA ………………………