

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE A FAVORE DI
PERSONE CON DISABILITA' GRAVE (☐) O ANZIANE NON
AUTOSUFFICIENTI (☐) ASSISTITE A DOMICILIO DA UN CAREGIVER
FAMILIARE O DA UN'ASSISTENTE PERSONALE REGOLARMENTE
ASSUNTA**

(ai sensi della misura b2 della DGR 4249/2015 di Regione Lombardia)

II APERTURA – SETTEMBRE 2016

Al Comune di _____

IL RICHIEDENTE:

Il sig./la sig.ra (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ Prov. di _____ il _____
residente a _____ in via _____ n° _____
prov. _____ codice fiscale _____
Tel _____

In qualità di beneficiario, tutore, curatore, amministratore di sostegno
 familiare (specificare _____), altro (specificare _____)

Per conto del **BENEFICIARIO** sotto riportato (compilare solo se si tratta di persona diversa dal richiedente)

COGNOME _____	NOME _____
NATO/A A _____	PROV. _____ IL _____
RESIDENTE A _____	VIA _____ N° _____
PROV _____	TEL _____
CODICE FISCALE _____	

CHIEDE

L'assegnazione del Buono Sociale (**barrare una delle due caselle**):

- FINALIZZATO A COMPENSARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ASSICURATE DAL CAREGIVER FAMILIARE (auto-soddisfacimento)**

NOME e COGNOME DEL CAREGIVER FAMILIARE _____

GRADO DI PARENTELA CON IL POSSIBILE BENEFICIARIO DEL BUONO _____

INDICARE LE ORE SETTIMANALI (MEDIA) E DESCRIVERE LE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI ASSICURATE DAL CAREGIVER AL BENEFICIARIO

- FINALIZZATO A COMPENSARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ASSICURATE DA UN ASSISTENTE PERSONALE REGOLARMENTE ASSUNTO**

(ASSUNTO DAL _____ PER N° ORE SETTIMANALI _____)

secondo quanto definito nel documento "Criteri per l'erogazione di buoni sociali a favore di persone con disabilità grave e per anziani non autosufficienti assistiti al domicilio da un caregiver familiare o da un'assistente personale regolarmente assunta- SECONDA APERTURA - 2016".

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, 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

a) IN CASO DI MINORE DISABILE GRAVE (0-17 anni):

- Che il/la minore _____ è in possesso della certificazione di gravità rilasciata dalla Commissione Asl ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992 e della diagnosi funzionale con un livello di gravità grave/gravissimo, come da certificazioni allegate;
- Che il valore ISEE in corso di validità, riferito alle "prestazioni agevolate di natura sociosanitaria", secondo quanto previsto dall'art. 7 D.P.C.M. n° 159/2013, è pari a Euro _____ come da certificazione ISEE allegata;
- Che il/la minore **è in possesso** oppure **non è in possesso** dell'indennità di accompagnamento;

- Che il/la minore non è beneficiario **del buono sociale** “A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA’ GRAVE E ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITI AL DOMICILIO DA UN CAREGIVER FAMILIARE O DA UN’ASSISTENTE PERSONALE REGOLARMENTE ASSUNTA, ai sensi della dgr 4269/2015” **(prima apertura Aprile 2016)**.
- Che il/la minore (barrare una delle seguenti caselle):
 - non frequenta nessuna unità d’offerta semiresidenziale sociale o sociosanitaria;
 - frequenta (specificare le ore settimanali di frequenza _____) l’unità d’offerta semiresidenziale sociale o sociosanitaria (specificare la tipologia e la denominazione dell’unità d’offerta frequentata _____)
 _____), come da dichiarazione sottoscritta dal legale rappresentante della struttura frequentata (**allegata alla presente domanda**).

b) IN CASO DI ADULTO DISABILE GRAVE (18-64 anni):

- Che il sig/la sig.ra _____ è in possesso della certificazione d’invalidità 100% rilasciata dall’Asl, come da certificazione allegata;
- Che il valore ISEE in corso di validità, riferito alle “prestazioni agevolate di natura sociosanitaria”, secondo quanto previsto dall’art. 6 comma 1 e 2 del D.P.C.M. n° 159/2013, è pari a Euro _____ come da certificazione ISEE allegata;
- Che il sig/la sig.ra è **in possesso** oppure **non è in possesso** dell’indennità di accompagnamento;
- Che il sig/la sig.ra non è beneficiario **del buono sociale** “A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA’ GRAVE E ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITI AL DOMICILIO DA UN CAREGIVER FAMILIARE O DA UN’ASSISTENTE PERSONALE REGOLARMENTE ASSUNTA, ai sensi della dgr 4269/2015” **(prima apertura Aprile 2016)**.
- Che il sig/la sig.ra (barrare una delle seguenti caselle):
 - non frequenta nessuna unità d’offerta semiresidenziale sociale o sociosanitaria;
 - frequenta (specificare le ore settimanali di frequenza _____) l’unità d’offerta semiresidenziale sociale o sociosanitaria (specificare la tipologia e la denominazione dell’unità d’offerta frequentata _____)
 _____), come da dichiarazione sottoscritta dal legale rappresentante della struttura frequentata (**allegata alla presente domanda**).

c) IN CASO DI PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE (dai 65 anni):

- Che il sig/la sig.ra _____ è in possesso della certificazione d'invalidità 100% rilasciata dall'Asl, come da certificazione allegata;
- Che il valore ISEE in corso di validità, riferito alle *"prestazioni agevolate di natura sociosanitaria"*, secondo quanto previsto dall'art. 6 comma 1 e 2 del D.P.C.M. n° 159/2013, è pari a Euro _____ come da certificazione ISEE allegata;
- Che il sig/la sig.ra è **in possesso** oppure **non è in possesso** dell'indennità di accompagnamento;
- Che il sig/la sig.ra non è beneficiario **del buono sociale** "A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE E ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITI AL DOMICILIO DA UN CAREGIVER FAMILIARE O DA UN'ASSISTENTE PERSONALE REGOLARMENTE ASSUNTA, ai sensi della dgr 4269/2015" **(prima apertura Aprile 2016)**.
- Che il sig/la sig.ra (barrare una delle seguenti caselle):
 - non frequenta nessuna unità d'offerta semiresidenziale sociale o sociosanitaria;
 - frequenta (specificare le ore settimanali di frequenza _____) l'unità d'offerta semiresidenziale sociale o sociosanitaria (specificare la tipologia e la denominazione dell'unità d'offerta frequentata _____
 _____), come da dichiarazione sottoscritta dal legale rappresentante della struttura frequentata (**allegata alla presente domanda**).
- di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del D.P.R. 445/2000 art. 71, e s.m.i. potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità del contenuto delle dichiarazioni
- che l'accesso alla fase di valutazione delle domande da parte della Commissione istituita presso l'Azienda Speciale Consortile Medio Olona e la successiva assegnazione dei punteggi finalizzata a stendere le graduatorie, avverrà a seguito di *"valutazione del profilo della persona"* da parte dall'assistente sociale comunale e, nel caso di valutazione multidimensionale, dal personale dell'A.S.S.T., con relativa compilazione e sottoscrizione del Progetto Individuale Assistenziale;
- che i buoni sociali mensili che le verranno erogati saranno utilizzati per sostenere gli interventi concordati con l'Assistente Sociale Comunale nel PAI (Progetto Individuale Assistenziale);
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni della situazione che determinino la perdita del diritto alla concessione dei buoni sociali;

Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003

Il sottoscritto _____ prende atto che ai sensi dell'art.13 del D.lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi a cui il procedimento, per il quale si richiede la dichiarazione di cui sopra.

In fede (firma) _____

Luogo, _____ Data _____