



AZIENDA SPECIALE CONSORTILE “OVEST SOLIDALE”

DOMANDA PER L'EROGAZIONE DEL BUONO SOCIALE A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE E PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI PRESSO CUI OPERANO ASSISTENTI FAMILIARI REGOLARIZZATE

Comuni dell'Ambito n. 2

Fondo Non Autosufficienza 2018 – DGR XI/1253 del 12/02/2019 MISURA TIPO B2
Berlingo, Castegnato, Castel Mella, Cellatica, Gussago, Ome, Ospitaletto, Rodengo Saiano, Roncadelle,
Torbole Casaglia, Travagliato

**Al Comune di _____
Ufficio Servizi Sociali**

Il sottoscritto _____

nato a _____ provincia di _____

il _____, codice fiscale: _____

tel. _____

CHIEDE

l'erogazione del Buono sociale per persone non autosufficienti (DGR XI/2862 del 18/02/2020)

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità pienamente consapevole delle conseguenze penali in merito a false dichiarazioni:

di essere cittadino italiano;

di essere cittadino: _____ (specificare);

di essere nato a _____ il _____;

di essere residente nel Comune di _____ Via _____
n. _____;

di avere un'età non inferiore ai 18 anni, compiuti al 31.12.2019;

essere in condizione di gravità così come accertata dall'art. 3, comma 3 della legge



AZIENDA SPECIALE CONSORTILE “OVEST SOLIDALE”

DOMANDA PER L'EROGAZIONE DEL BUONO SOCIALE A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE E PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI PRESSO CUI OPERANO ASSISTENTI FAMILIARI REGOLARIZZATE

Comuni dell'Ambito n. 2

Fondo Non Autosufficienza 2018 – DGR XI/1253 del 12/02/2019 MISURA TIPO B2
Berlingo, Castegnato, Castel Mella, Cellatica, Gussago, Ome, Ospitaletto, Rodengo Saiano, Roncadelle,
Torbole Casaglia, Travagliato

104/1992 ovvero beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988 essere assistito a domicilio in maniera continuativa;

di beneficiare di assistenza domiciliare tramite assistente familiare impiegata con regolare contratto;

essere assistito a domicilio in maniera continuativa;

avere un I.S.E.E., ai sensi del DPCM 159/2013, non superiore a € 25.000,00 calcolato sulla base dei redditi 2019;

percepire l'indennità di accompagnamento;

non essere inserito in maniera continuativa in una struttura residenziale;

Essere in possesso di certificazione di disabilità grave come previsto dall'art. 3 comma 3 della L.104/92, ovvero beneficiare dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988;

beneficiare/non beneficiare (*eliminate risposta falsa*) di progetti di vita indipendente (DGR XI/2862 del 18/02/2020) per onere assistente personale regolarmente impiegato;

che all'interno del nucleo familiare sono presenti n. _____ altre persone non autosufficienti che hanno fatto domanda per il medesimo bando;

di frequentare/non frequentare (*eliminate risposta falsa*) servizi diurni socio sanitari o socio assistenziali (CDD, CSE, SFA, CDI);

che il Buono sociale verrà utilizzato per acquisire prestazioni di assistente familiare iscritto/non iscritto (*eliminate risposta falsa*) al Registro di assistenza familiare istituito dall'Ambito territoriale ai sensi della l.r. 15/2015 e successiva DGR n. 5648/2016



AZIENDA SPECIALE CONSORTILE “OVEST SOLIDALE”

DOMANDA PER L'EROGAZIONE DEL BUONO SOCIALE A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE E PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI PRESSO CUI OPERANO ASSISTENTI FAMILIARI REGOLARIZZATE

Comuni dell'Ambito n. 2

Fondo Non Autosufficienza 2018 – DGR XI/1253 del 12/02/2019 MISURA TIPO B2
Berlingo, Castegnato, Castel Mella, Cellatica, Gussago, Ome, Ospitaletto, Rodengo Saiano, Roncadelle,
Torbole Casaglia, Travagliato

che l'assistente familiare opera per un numero di ore settimanali pari a _____;

Di essere/ non essere (*eliminate risposta falsa*) in carico a RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;

Di essere/ non essere (*eliminate risposta falsa*) beneficiario di interventi o di sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti pubblici o privati o da Enti previdenziali (es. INPS/Home Care Premium). Nel caso di contributi da parte dei Comuni si intendono contributi continuativi per 12 mesi con un importo di almeno 500 euro mensili.

Di essere/ non essere (*eliminate risposta falsa*) beneficiario di buoni erogati dall'ASST ai sensi della DGR XI/2862, misura B1;

Di essere/ non essere (*eliminate risposta falsa*) beneficiario dei Voucher anziani e disabili ex DGR n. 7487/2017 e DGR 2564/2019;

Di essere/ non essere (*eliminate risposta falsa*) beneficiario del Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015.

Di essere/ non essere (*eliminate risposta falsa*) beneficiario dei sostegni DOPO DI NOI riferiti esclusivamente per canone di locazione o per spese condominiali per persone disabili con progetto di vita indipendente;

Di essere/ non essere (*eliminate risposta falsa*) beneficiario di interventi di assistenza domiciliare: Assistenza domiciliare integrata, servizio di assistenza domiciliare;

Di essere/ non essere (*eliminate risposta falsa*) beneficiario di riabilitazione in regime ambulatoriale o domiciliare;

Di essere/ non essere (*eliminate risposta falsa*) beneficiario di ricovero ospedaliero;

Di essere/ non essere (*eliminate risposta falsa*) beneficiario di ricovero di sollievo per massimo 60 giorni programmabili nell'anno, per minori per massimo 90 giorni;



AZIENDA SPECIALE CONSORTILE

“OVEST SOLIDALE”

DOMANDA PER L'EROGAZIONE DEL BUONO SOCIALE A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE E PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI PRESSO CUI OPERANO ASSISTENTI FAMILIARI REGOLARIZZATE

Comuni dell'Ambito n. 2

Fondo Non Autosufficienza 2018 – DGR XI/1253 del 12/02/2019 MISURA TIPO B2
Berlingo, Castegnato, Castel Mella, Cellatica, Gussago, Ome, Ospitaletto, Rodengo Saiano, Roncadelle,
Torbole Casaglia, Travagliato

Di essere/ non essere (*eliminate risposta falsa*) beneficiario di prestazioni integrative previste da Home Care Premium/ INPS HCP ad eccezione di erogazione di specifici contributi;

Di essere/ non essere (*eliminate risposta falsa*) beneficiario di accoglienza definitiva presso unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura di residenzialità per minori con gravissima disabilità);

Di essere/ non essere (*eliminate risposta falsa*) in ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario regionale;

Di essere/ non essere (*eliminate risposta falsa*) ricoverati in riabilitazione/Sub acute/ Cure intermedie/Post acuta;

L'eventuale erogazione del Buono Sociale per persone non autosufficienti con assistente familiare dovrà avvenire:

con accredito sul conto corrente bancario/postale (intestato o almeno cointestato al beneficiario del buono): banca/posta _____

IBAN _____

A completamento della presente domanda si allega:

- certificazione ISEE;
- certificazione di diritto a percepire l'indennità di accompagnamento rilasciata dalla competente commissione sanitaria dell'ATS per l'accertamento dell'invalidità civile e/o certificazione della gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L.104/92;
- fotocopia di un documento d'identità;
- copia del contratto dell'Assistente Familiare
- copia iscrizione dell'Assistente familiare al Registro di assistenza familiare dell'Ambito

Firma

In caso di impedimento del richiedente a firmare



AZIENDA SPECIALE CONSORTILE “OVEST SOLIDALE”

DOMANDA PER L'EROGAZIONE DEL BUONO SOCIALE A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE E PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI PRESSO CUI OPERANO ASSISTENTI FAMILIARI REGOLARIZZATE

Comuni dell'Ambito n. 2

Fondo Non Autosufficienza 2018 – DGR XI/1253 del 12/02/2019 MISURA TIPO B2
Berlingo, Castegnato, Castel Mella, Cellatica, Gussago, Ome, Ospitaletto, Rodengo Saiano, Roncadelle,
Torbole Casaglia, Travagliato

Io sottoscritto _____ nato a il _____ documento di identità n.
_____ rilasciato da _____ (allegato alla presente domanda) in
qualità di:

- coniuge del richiedente il buono sociale;
- figlio/a del richiedente il buono sociale;
- parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado _____ (specificare);
- amministratore di sostegno, curatore, tutore.

Sottoscrivo la presente richiesta a nome e per conto del Sig./della Sig.ra _____

impossibilitato alla firma per un impedimento temporaneo dovuto a problemi di salute.

Si allega:
fotocopia carta d'identità del firmatario.

Firma

Informativa ai sensi del regolamento UE 679/2016 “Codice in materia di protezione dei dati personali”.
Ai Sensi del regolamento UE 679/2016, ed in relazione ai dati personali che la riguardano e che formeranno
oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue: il trattamento è indispensabile ai fini dell'accesso al
beneficio; il trattamento è realizzato da personale del Comune di residenza e dell'Ufficio di Piano dell'Ambito
distrettuale Brescia Ovest, anche con l'ausilio di mezzi informatici.
Preso atto dell'informativa di cui sopra, il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali che
lo/a riguardano, funzionale agli scopi per il quale è posto in essere.

.....il.....

Firma.....