**DOMANDA PER L’ASSEGNAZIONE DI BUONI/VOUCHER SOCIALI**

**A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE ED ANZIANI IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA FNA – ANNO 2023** **ESERCIZIO 2024**

**DATI BENEFICIARIO**

|  |
| --- |
| COGNOME NOME |
| NATO/A A PROV ( ) IL |
| CODICE FISCALE |
| RESIDENTE IN VIA N° COMUNE DI CAP. |
| DOMICILIO solo se diverso dalla residenza VIA N° |
| COMUNE DI CAP. |
| EMAIL NUMERO DI TELEFONO |
| DOCUMENTO D’IDENTITA’ N. RILASCIATO DA |
| SCADENZA AL |

**DATI RICHIEDENTE (SOLO SE DIVERSO DAL BENEFICIARIO)**

|  |
| --- |
| COGNOME NOME |
| NATO/A A PROV ( ) IL |
| CODICE FISCALE |
| RESIDENTE IN VIA N° COMUNE DI CAP. |
| DOMICILIO solo se diverso dalla residenza VIA N° |
| COMUNE DI CAP. |
| EMAIL NUMERO DI TELEFONO |
| DOCUMENTO D’IDENTITA’ N. RILASCIATO DA |
| SCADENZA AL |
| in qualità di:  A) Nel caso la persona sia in stato di impedimento permanente, in qualità di:  ❑ TUTORE ❑ CURATORE ❑ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con provvedimento n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  B) Nel caso la persona sia in stato d’impedimento temporaneo, in qualità di:  ❑ CONIUGE o in sua assenza FIGLIO o, in mancanza di questo, ALTRO PARENTE (indicare la relazione di parentela) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  C) Nel caso di minore:  ❑ GENITORE ESERCENTE LA POTESTÀ GENITORIALE IN VIA ESCLUSIVA  ❑ GENITORE (in questo caso è necessario che la domanda, pur compilata da uno di essi, sia sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori del minore). |

**RICHIEDE**

L’assegnazione di un buono/voucher per la seguente misura (barrare la casella corrispondente):

* **1)** Buono sociale mensile per anziani e adulti finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate dal Caregiver familiare;
* **2)** Buono sociale mensile per anziani e adulti per acquisto di prestazioni da Assistente Personale (Badante) assunto con regolare contratto di lavoro;
* **3)** Buono sociale per la realizzazione di progetti di vita indipendente, rivolto a soggetti di età compresa tra 18 e 64 anni che intendono realizzare il loro progetto di vita senza caregiver familiare, ma con l’ausilio di personale regolarmente assunto;
* **4)** Voucher sociali per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità, finalizzato all’acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare e/o territoriale.

E **DICHIARA** pertanto (barrare la casella corrispondente):

* Di essere residente in uno dei 37 Comuni dell’Ambito Territoriale Valle Brembana;
* Di aver preso visione del *bando per l’erogazione di buoni sociali in favore di persone con disabilità’ grave in condizione di non autosufficienza anno* 2023 - esercizio 2024 dell’Ambito Valle Brembana;
* Che il buono/voucher sociale verrà utilizzato secondo le finalità espresse dal bando;
* Di essere consapevole che il buono sociale verrà erogato alle persone che risulteranno ammesse al beneficio a seguito di risultato ottenuto nelle graduatorie anziani/disabili di Ambito, in relazione ai fondi disponibili e in base all’attribuzione di un punteggio ottenuto secondo quanto definito dai criteri di valutazione e priorità del bando;
* Di impegnarsi a sottoscrivere un progetto individuale che l’Equipe di Valutazione Multidimensionale Ambito/ASST si riserverà di valutare chiedendo eventualmente integrazioni e/o una riformulazione in tempi successivi;
* Di comunicare tempestivamente all’Assistente Sociale di riferimento eventuali modifiche della condizione del beneficiario tali da determinarne la decadenza al beneficio (secondo quanto definito nel bando - Clausola di esclusione e decadenza);
* Di essere a conoscenza che, ai sensi del D.P.R. 445/2000, si procederà ad idonei controllidiretti a/ accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e dell’adesione al progetto e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 445/2000, fatta salva l’attivazione delle necessarie procedure di legge, il beneficio verrà revocato;
* di non trovarsi in nessuna delle cause di incompatibilità così come elencate da bando nel capoverso – incompatibilità;

***Dichiara inoltre*** (barrare la casella corrispondente):

* di aver precedentemente beneficiato della misura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nell’annualità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare anno);
* di aver attivato/richiesto in favore dell’anziano/disabile per il periodo di riferimento del bando i seguenti interventi/servizi (es. centro diurno disabili, centro socio educativo, servizio assistenza domiciliare, Misura “Dopo di Noi”, Pensione/Reddito di cittadinanza, Assegno di Inclusione - ADI ecc.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Si rammenta che l’iscrizione in via continuativa del beneficiario a servizi semi-residenziali (es. centro diurno disabili, centro socio-educativo ecc.) comporta l’assegnazione del buono ridotto del 50% sull’importo complessivo.***

Si allega alla presente istanza:

* Copia di documento di identità del beneficiario e del richiedente;
* Schede di valutazione ADL/IADL e fragilità sociale compilate dal Servizio Sociale di riferimento;
* Progetto individualizzato sottoscritto ed elaborato dal Servizio Sociale di riferimento;
* Modulo privacy sottoscritto;
* Certificazione attestante la disabilità grave e/o non autosufficienza (così come definito dall’art.3 comma 3 della L.104/92 oppure indennità di accompagnamento di cui alla legge n.18/1980 e s.m.i. con L.508/1988);

*Oppure:*

* Dichiarazione di aver avviato il processo di accertamento della condizione di invalidità del beneficiario con n. istanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Dichiarazione ISEE in corso di validità *(socio sanitario per adulti, ordinario per minori)*;

*Oppure:*

* (se non presente dichiarazione ISEE in corso di validità): ultima dichiarazione ISEE disponibile o DSU corredate da autodichiarazione della data di appuntamento per la sottoscrizione del documento presso il CAAF);
* Copia del decreto di nomina di amministratore di sostegno, tutela o interdizione *(qualora presente).*

Da compilare SOLO in caso di richiesta di BUONO SOCIALE CAREGIVER:

Il sottoscritto (nome e cognome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ATTESTA**

(*consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi - articolo 76, DPR n. 445/2000)*in qualità di caregiver familiare di prestare **un minimo di 5/h. die** di assistenza con mansioni di supporto nelle attività della vita quotidiana al beneficiario del buono.   
  
  
 Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Da compilare SOLO in caso di richiesta di BUONO SOCIALE CAREGIVER:

Il sottoscritto (nome e cognome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ATTESTA**

(*consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi - articolo 76, DPR n. 445/2000)*

in qualità di caregiver familiare che il beneficiario frequenta un **servizio semi-residenziale** (CSE, CDD ecc…)

**per n. \_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali.**

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Da compilare SOLO in caso di richiesta di BUONO SOCIALE MENSILE PER ACQUISTO DI PRESTAZIONI DA ASSISTENTE PERSONALE (BADANTE) ASSUNTO CON REGOLARE CONTRATTO DI LAVORO:

Il sottoscritto (nome e cognome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ATTESTA**

(*consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi - articolo 76, DPR n. 445/2000)*di aver provveduto all’assunzione di personale con funzione di assistente familiare tramite regolare contratto di lavoro

per n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali;

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### CHIEDE che

### Il Buono venga erogato su conto corrente della Banca/posta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ intestato a: Beneficiario  Richiedente 

IBAN:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* + - Il Voucher Sociale di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ venga assegnato alla Cooperativa Sociale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_