



Ente Gestore
COMUNITÀ MONTANA
VALTELLINA DI MORBEGNO
Viale Stelvio n. 23/A - 23017 Morbegno (So)
C.F. 91000680149

UFFICIO DI PIANO MORBEGNO
5° Piano Distretto Socio-Sanitario ATS
Via Martinelli n.13 – 23017 Morbegno (So)



Allegato 2) approvato con Determinazione n. 172 del 25.03.2021

Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze 2020 – Esercizio 2021
DGR Lombardia 4138/2020 – Misura B2

DOMANDA

PER L'ASSEGNAZIONE DI BUONI SOCIALI MENSILI FINALIZZATI

**A COMPENSARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ASSICURATE DAL CAREGIVER FAMILIARE
E/O LE PRESTAZIONI DI ASSISTENTE FAMILIARE IMPIEGATO CON REGOLARE CONTRATTO**

UFFICIO DI PIANO DI MORBEGNO

COMUNE DI MORBEGNO (**per i residenti a Morbegno**)

Spazio per il protocollo

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ Prov. _____ il _____
Codice Fiscale _____
Residente in Via/Piazza _____ N. _____
Comune di _____ CAP _____ Prov. _____
Telefono _____ / _____ cellulare _____
Mail _____

CHIEDE L'ASSEGNAZIONE DI

- BUONO SOCIALE MENSILE CAREGIVER**
 BUONO SOCIALE MENSILE ASSISTENTE FAMILIARE

finalizzato all'Assistenza domiciliare continuativa, di cui alla DGR Lombardia 4138/2020.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali che si assume ai sensi dell'art. 76, DPR 445/2000, s.m.i., per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA¹

- di aver preso visione del Bando per l'erogazione del buono sociale sopraindicato e di accettarne le condizioni;
- di possedere certificazione di gravità accertata ai sensi art. 3, comma 3 legge 104/1992;
- OVVERO** essere beneficiario di indennità di accompagnamento di cui alla legge 18/1980 e s.m.i. con L. 508/1988, pari ad € _____;
- OPPURE** di essere in attesa di definizione di accertamento;
- di frequentare uno dei servizi diurni sociosanitari o sociali come di seguito specificato (CDD-CDI-CSE-SFA); _____
- di beneficiare del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), per n. _____ ore settimanali;
- di beneficiare di altri interventi o di sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti pubblici o privati o da Enti previdenziali (es. INPS /Home Care Premium): _____
- di beneficiare di voucher anziani/disabili (ex DGR7487/2017 e s.m.i.);
- di NON beneficiare di altre assegnazioni, come precisato nell'art. 6 del Bando;
- di possedere un ISEE 2021 Socio Sanitario di € _____
- OPPURE** di aver presentato la DSU (art. 11 c.9, DPCM 159/2013) - in questo caso l'Ufficio di Piano acquisirà l'attestazione relativa all'ISEE direttamente dall'INPS;
- OPPURE** Attestazione ISEE 2020 e documento comprovante l'appuntamento presso il CAF;
- di trovarsi in almeno 4 delle 6 condizioni di dipendenza previste nelle attività essenziali per la vita quotidiana (rif. Scala A.D.L.), ovvero:
- | | | |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> fare il bagno | <input type="checkbox"/> vestirsi | <input type="checkbox"/> uso servizi igienici |
| <input type="checkbox"/> spostarsi | <input type="checkbox"/> continenza | <input type="checkbox"/> alimentarsi |

PER I RICHIEDENTI IL BUONO SOCIALE MENSILE ASSISTENTE FAMILIARE indicare se:

- Assistente convivente n. ore giornaliere _____ per un totale di n. ore settimanali _____
- Assistente non convivente n. ore giornaliere _____ per un totale di n. ore settimanali _____

DICHIARA INOLTRE

- di impegnarsi, in caso di assegnazione del buono sociale, alla sottoscrizione del Piano di Assistenza Individualizzato e a dare all'Ufficio di Piano ogni comunicazione relativa ad eventi che comportano la decadenza del diritto di assegnazione del buono entro dieci giorni dall'evento stesso;
- di essere a conoscenza che l'Ufficio di Piano, ai sensi del D.Lgs. 109/1998 e del DPR 445/2000 art. 45, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal

¹ **Barrare le caselle che interessano e compilare la dichiarazione relativa in ogni sua parte**

controllo emergessero l'assenza di requisiti o l'errato ISEE, sarà revocato ogni beneficio, effettuato il recupero delle somme corrisposte e sarà inoltrata denuncia all'Autorità Giudiziaria;

- di essere a conoscenza che l'Ufficio di Piano può procedere in ogni momento alla verifica del rispetto degli impegni assunti dal soggetto responsabile dell'accudimento (familiare o assistente personale) e dell'adeguata assistenza fornita e che l'erogazione del buono sociale sarà sospesa qualora venissero rilevati incuria e/o abbandono del soggetto fragile.

MODALITA' DI ACCREDITO IN CASO DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE:

bonifico bancario sul seguente conto corrente (indicare coordinate bancarie IBAN):

IT

--	--

--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Conto corrente intestato a: _____

In qualità di: _____

Codice Fiscale titolare del Conto Corrente: _____

Luogo e data _____ **Firma** _____

DA COMPILARE IN CASO DI IMPEDIMENTO ALLA DICHIARAZIONE

La presente dichiarazione è resa da: Cognome e Nome _____

in qualità di (specificare se Tutore/Amministratore di sostegno/ o il grado di familiarità)

nato a _____ Prov _____ data di nascita _____

Comune di residenza _____ Prov _____ CAP _____

Indirizzo _____ Numero telefonico _____

Mail _____

DATA _____ FIRMA _____

ALLEGATA:

- Copia carta d'identità del richiedente e di chi eventualmente compila la domanda**
- Attestazione ISEE 2021**
 - OPPURE Dichiarazione di avvenuta presentazione della DSU (art. 11 c.9, DPCM 159/2013)**
 - OPPURE Attestazione ISEE 2020 e documento comprovante l'appuntamento presso il CAF;**
- Copia verbale invalidità civile con indennità di accompagnamento (con diagnosi)**
- Copia certificazione attestante condizione di disabilità grave / demenza grave**
- Eventuale documentazione sanitaria aggiornata**
- Per chi richiede il buono assistente personale allegare anche:**
 - Copia del contratto di assunzione dell'assistente familiare di cui all'Art. 2, comma 7 del presente bando;
 - Copia dell'ultimo versamento INPS relativo ai contributi per l'assistente familiare, ovvero copia denuncia INPS se il contratto è stato stipulato di recente.
- Altro** _____

INFORMATIVA A TUTELA DELLA RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del regolamento europeo 2016/679 (Gdpr) si porta a conoscenza dei richiedenti che:

- 1. i dati personali dell'interessato contenuti nella presente domanda saranno trattati per consentire l'espletamento della pratica amministrativa. I dati stessi verranno conservati negli archivi dell'Ufficio di Piano dell'ambito territoriale di Morbegno (Ente gestore: Comunità Montana Valtellina di Morbegno), secondo le vigenti disposizioni in materia;*
- 2. il conferimento dei dati è necessario ed in caso di rifiuto scaturirà l'impossibilità di espletare regolarmente la pratica con la conseguente esclusione dal beneficio;*
- 3. i dati saranno trattati esclusivamente da personale e da organi interni all'Ufficio di Piano, per quanto concerne il procedimento amministrativo;*
- 4. i dati possono essere scambiati tra i predetti Enti o comunicati al Ministero delle Finanze, alla Guardia di Finanza e alle Amministrazioni certificanti per i controlli previsti.*
- 5. il richiedente ha diritto di ottenere a cura del titolare o del responsabile, senza ritardo, l'aggiornamento, la rettifica, ovvero, qualora vi abbia interesse, l'integrazione dei dati.*
- 6. il titolare del trattamento dei dati personali è l'Ufficio di Piano dell'ambito territoriale di Morbegno e che il responsabile del trattamento dei dati è il responsabile dell'Ufficio di Piano, domiciliato per la carica presso l'Ente gestore, Comunità Montana Valtellina di Morbegno.*

Luogo e data

Firma