

# Ambito Distrettuale di Somma Lombardo



ARSAGO SEPRIO - BESNATE - CARDANO AL CAMPO - CASORATE SEMPIONE - FERNO - GOLASECCA - LONATE POZZOLO - SOMMA LOMBARDO - VIZZOLA TICINO

Al Comune di \_\_\_\_\_  
Settore Servizi alla Persona

**Oggetto: Domanda per l'assegnazione di buoni sociali e voucher a favore di persone con disabilità grave o in condizione di non autosufficienza Fondo non autosufficienze (D.G.R. n. 1669/2023 – 2033/2024) MISURA B2.**

Il/la sottoscritto/a:

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Medico di base \_\_\_\_\_

## CHIEDE

per sé

per la persona sottoindicata, in qualità di:

genitore     tutore     amministratore di sostegno

(compilare solo se la persona che sottoscrive è diversa dalla persona richiedente il contributo)

cognome \_\_\_\_\_

nome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Medico di base \_\_\_\_\_

# Ambito Distrettuale di Somma Lombardo



ARSAGO SEPRIO - BESNATE - CARDANO AL CAMPO - CASORATE SEMPIONE - FERNO - GOLASECCA - LONATE POZZOLO - SOMMA LOMBARDO - VIZZOLA TICINO

## ASSISTENZA INDIRETTA

Il riconoscimento della seguente misura (barrare UNA SOLA casella relativa alla misura richiesta, in quanto le misure non sono fra loro cumulabili):

- A) Buono sociale** per compensare le prestazioni di assistenza assicurate dal **caregiver familiare**.
- B) Buono sociale** per compensare le prestazioni di assistenza assicurate da **assistente personale** impiegato con regolare contratto **per un numero di ore settimanali pari a** \_\_\_\_\_.
- C) Buono sociale** per sostenere **progetti di vita indipendente** realizzati con l'ausilio di assistente personale impiegato con regolare contratto, **per un numero di ore settimanali pari a** \_\_\_\_\_.

A tal fine, sotto la propria responsabilità,

### DICHIARA

per sé o per conto della persona richiedente il contributo di avere (barrare una sola casella):

- un **ISEE sociosanitario non superiore a € 25.000,00** in caso di persona anziana o persona con grave disabilità maggiorenne determinato ai sensi del DPCM del 5/12/2013 n. 159;
- un **ISEE sociosanitario non superiore a € 30.000,00** in caso di persona con grave disabilità determinato ai sensi del DPCM del 5/12/2013 n. 159 (**unicamente per domande di buono sociale per domande progetti di vita indipendente**);
- un **ISEE ordinario non superiore a € 40.000,00** in caso di minore, determinato ai sensi del DPCM del 5/12/2013 n. 159;

## ASSISTENZA DIRETTA

- prestazioni socioassistenziale/tutelare a domicilio;
- ricovero temporaneo;
- prestazione socioeducativa in contesti socializzanti (fuori dal domicilio);
- percorsi a sostegno psicologico rivolti al caregiver familiare.

### DICHIARA

✓ di essere:

# Ambito Distrettuale di Somma Lombardo



ARSAGO SEPRIO - BESNATE - CARDANO AL CAMPO - CASORATE SEMPIONE - FERNO - GOLASECCA - LONATE POZZOLO - SOMMA LOMBARDO - VIZZOLA TICINO

- persona con gravi limitazioni della capacità funzionale che compromettono significativamente l'autosufficienza e l'autonomia personale nelle attività della vita quotidiana, di relazione e sociale;
  - persona in condizioni di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 ovvero beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988;
- ✓ di essere (barrare una sola casella)
- persona maggiorenne con età superiore ai 65 anni
  - persona maggiorenne con età compresa fra i 18 e i 64 anni
  - persona minorenni
- ✓ di essere consapevole che per l'attivazione di **ASSISTENZA DIRETTA** dovrà sottoscrivere un progetto individualizzato unitamente all'assistente sociale di riferimento.

## DICHIARA INFINE

- di conoscere ed accettare le condizioni contenute nel bando distrettuale per l'assegnazione di buoni sociali e voucher a favore di persone con disabilità grave o in condizione di non autosufficienza Fondo Non Autosufficienze D.G.R. n. XI/ 1669/2023 e D.G.R. XI/ 2033/2024 "Misura B2";
- di impegnarsi a segnalare al Servizio sociale comunale, dopo la presentazione della domanda, ogni variazione che possa comportare la decadenza del diritto al beneficio;
- di essere a conoscenza dei motivi e delle modalità di decadenza dal beneficio, come indicato dal bando;
- di essere a conoscenza che il Servizio sociale comunale e/o l'Ufficio di Piano effettueranno puntuali controlli sulla veridicità della presente dichiarazione adottando, nel caso di accertata non veridicità, i provvedimenti conseguenti, a norma di legge.

**Le persone beneficiarie potranno riscuotere l'importo assegnato esclusivamente tramite accredito in conto corrente, intestato o cointestato alla persona beneficiaria, al tutore/AdS ovvero al genitore in caso di minori (necessario allegare fotocopia IBAN).**

### Allegati alla presente domanda:

- Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE), in corso di validità, ai sensi del DPCM 159 del 05.12.2013
- Copia di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale della persona richiedente il contributo e della persona che sottoscrive l'istanza (se diverso dalla persona richiedente)
- Copia del verbale di invalidità che attesti l'indennità di accompagnamento di cui alla legge 18/1980 e s.m.i. ovvero copia del verbale di invalidità con attestazione di gravità ai sensi della legge 104/92 art.3, comma 3

# Ambito Distrettuale di Somma Lombardo



ARSAGO SEPRIO - BESNATE - CARDANO AL CAMPO - CASORATE SEMPIONE - FERNO - GOLASECCA - LONATE POZZOLO - SOMMA LOMBARDO - VIZZOLA TICINO

- In presenza di assistente personale: copia del contratto di lavoro e copia dell'ultima paga (il Comune o l'Ufficio di Piano richiederanno copia delle successive spese sostenute)
- In presenza di tutore/amministratore di sostegno: fotocopia atto di nomina da parte del Tribunale e/o copia del verbale di giuramento
- Copia IBAN del conto corrente intestato o cointestato alla persona richiedente il contributo/tutore o AdS/genitore del minore.

Io sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 496 del Codice penale in caso di dichiarazione mendace, **sotto la mia personale responsabilità ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, dichiaro:**

- che i dati forniti sono completi e veritieri;
- di essere consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e che la mancata o intempestiva comunicazione di eventuali variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite;
- di avere preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali 2016/679 e dal D.Lgs. n. 196/2003 c.d. Codice Privacy, come modificato dal D.Lgs. n. 101/2018.

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso e leggibile

\_\_\_\_\_