

## MODULO PER LA RICHIESTA DI BUONO SOCIALE MISURA B2 ANNO 2020

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ (allegare copia CF)

E-Mail ove ricevere comunicazioni in merito all'istanza presentata \_\_\_\_\_

(compilare solo se il beneficiario coincide con il sottoscrittore)

Eventuale domicilio se diverso dalla residenza \_\_\_\_\_

### IN QUALITÀ DI

diretto interessato                      Tutore / curatore / amministratore di sostegno

caregiver (indicare il rapporto di parentela con il beneficiario) \_\_\_\_\_

### RICHIEDE

1. di poter usufruire del seguente BUONO SOCIALE MISURA B2 a sostegno di:

PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE O COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA (così come definite nella normativa di riferimento)

ANZIANI (over 65 anni)

DISABILI     ADULTI (da 18 a 64 anni)

MINORI

PERSONE CON DISABILITÀ FISICO-MOTORIA E/O INTELLETTIVA GRAVE O GRAVISSIMA (come specificato nel Bando B2 di Ambito Anno 2021) per sostenere PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE

2. di poter usufruire inoltre del BUONO CAREGIVER FAMILIARE connesso alla Misura B2\*

*(\*Per facilitare e semplificare l'accesso alla misura, l'interessato potrà inoltrare la presente richiesta contestualmente alla presentazione dell'istanza di Buono Sociale misura B2 annualità 2021, che, tuttavia, potrà essere valutata solo dopo tre mesi dall'eventuale presa in carico dell'utente alla Misura B2 2021, come previsto dalla DGR 4443 del 22/03/2021)*

Indicando come principale caregiver familiare del possibile beneficiario

il sig. (cognome e nome) \_\_\_\_\_

in qualità di (indicare rapporto di parentela) \_\_\_\_\_

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

in Via \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_ (allegare copia CF)

a favore di: \_\_\_\_\_

(Compilare solo se il beneficiario non coincide con il sottoscrittore)

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in via \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ (allegare copia CF)

Eventuale domicilio se diverso dalla residenza \_\_\_\_\_

## SI IMPEGNA

a collaborare con il Servizio sia nella fase di valutazione che di realizzazione di quanto richiesto.

## DICHIARA

che il destinatario del buono sociale:

- è residente in uno dei comuni dell'Ambito Alto Sebino;
  - se cittadino extracomunitario, è in possesso di permesso di soggiorno della durata pari o superiore ad un anno, in corso di validità;
  - è in condizione di disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza così come previsto dalla normativa di riferimento poiché:
    - beneficiario di indennità di accompagnamento di cui alla L. 18/1980
    - in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992
    - in attesa di definizione dell'accertamento della L. 104/1992 con istanza presentata all'INPS in data \_\_\_\_\_
  - è in possesso di certificazione ISEE  sociosanitario  ordinario<sup>1</sup> in corso di validità paria a € \_\_\_\_\_ *OPPURE* (solo per la durata dell'emergenza sanitaria da COVID-2019)
    - dichiara di possedere DSU in corso di validità predisposta in data \_\_\_\_\_\*\*
    - dichiara di essere in possesso di certificazione ISEE scaduta il 31/12/2021 (che allega) ed ha fissato appuntamento presso gli Enti preposti per predisposizione di DSU e certificazione ISEE aggiornati in data \_\_\_\_\_\*\*
- \*\*In entrambi i casi sopra riportati l'interessato/sua figura di riferimento si impegna a produrre la dichiarazione ISEE richiesta per accedere al bando entro la data fissata per la prima commissione di valutazione utile alla definizione della richiesta dell'interessato.
- non è percettore di Misura B1;
  - non è percettore di Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015;
  - non è beneficiario della misura "RSA Aperta" (ex DGR 7769/2018)
  - non è accolto in via definitiva presso Unità d'offerta residenziali sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
  - non è ricoverato in regime di ricovero di sollievo con costi del ricovero a totale carico del Fondo Sanitario Regionale (non si considerano pertanto i progetti di inserimento temporaneo con finalità di sollievo con oneri a carico del beneficiario);
  - non percepisce contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato;
  - E'/NON E' (*cancellare se non interessa*) percettore di sostegni DOPO DI NOI. In caso affermativo indicare la somma degli importi riconosciuti con le diverse misure per il personale di assistenza regolarmente impiegato € \_\_\_\_\_ (si ricorda che tale somma non può eccedere l'importo totale dei costi sostenuti per la relativa remunerazione);
  - NON BENEFICIA/ BENEFICIA (*cancellare se non interessa*) di interventi o di sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti pubblici o privati o da Enti previdenziali (es. INPS/Home Care Premium, interventi di assistenza domiciliare tra cui SAD, interventi generici, interventi educativi, voucher anziani e disabili ex DGR n. 7487/2017 e DGR n. 2564/2019;

1

TIPOLOGIA DI BUONO RICHIESTO	ISEE NECESSARIO
Persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza (così come definite nella normativa di riferimento)	Se maggiorenni: ISEE sociosanitario; Se minorenni: ISEE ordinario
Persone con disabilità fisico-motoria grave o gravissima (ai sensi della DGR n. 2862/2020) con capacità di esprimere la propria volontà, di età compresa tra i 18 e i 64 anni, per sostenere progetti di vita indipendente	ISEE sociosanitario

progetti sociooccupazionali) \_\_\_\_\_

(indicare quali in caso di risposta affermativa)

- E' ISCRITTO/ NON E' ISCRITTO (*cancellare se non interessa*) ad unità d'offerta semiresidenziali sociosanitarie o sociali con quote o integrazioni rette a carico dei Comuni dell'Ambito o a carico dell'Ambito medesimo (a titolo esemplificativo CDD, CSE, SFA con voucher di Ambito)

che il destinatario del buono sociale o il sottoscrittore della domanda:

- è disposto a presentare all'assistente sociale tutta la documentazione richiesta per poter svolgere la valutazione sociale prevista, a collaborare con il servizio sociale nella costruzione del progetto personalizzato ed a rispettare gli impegni previsti dal progetto medesimo;
- è consapevole che la non osservanza degli impegni assunti con il servizio sociale di riferimento comporterà l'immediata sospensione del buono stesso;
- è consapevole che il riscontro negativo, in merito al rispetto dei progetti predisposti per l'erogazione dei buoni sociali in precedenti bandi o di altri progetti concordati con il servizio sociale comunale o di Ambito, comporterà una valutazione negativa della domanda;
- è stato informato che le domande verranno accettate previa verifica dei requisiti e liquidate sino ad esaurimento dei fondi disponibili;
- è consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia;
- è a conoscenza che l'Ente potrà avvalersi della facoltà di sottoporre a controllo le pratiche ammesse al contributo economico, avvalendosi anche dell'ausilio della Guardia di Finanza. Qualora siano state rilevate irregolarità non sanabili nelle dichiarazioni rese, gli uffici competenti provvederanno ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000 a dichiarare la decadenza del soggetto dal contributo indebitamente ottenuto, provvedendo al recupero della somma erogata e all'adozione dell'ordinanza di ingiunzione per la violazione dell'articolo 316 ter c.p., nonché il diritto all'introito di tali sanzioni;
- di aver ricevuto copia e di aver preso visione *dell'Informativa sulla Privacy Regolamento 679/2016/UE*

### **Modalità di liquidazione del contributo economico**

Il richiedente dichiara di:

- autorizzare l'accredito del beneficio sul conto corrente bancario o postale intestato a:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

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

in Via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ (allegare copia CF)

Presso (indicare la banca o l'ufficio postale) \_\_\_\_\_

filiale/sede di \_\_\_\_\_

IBAN<sup>2</sup> *allegare copia estremi da c/c*

<sup>2</sup> *SOLO nel caso in cui la presente domanda sia sottoscritta dal beneficiario diretto del buono, il beneficiario medesimo riconosce come caregiver principale della sua cura il sig./signora:*

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

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

in Via \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ (allegare

copia CF) rapporto di parentela: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

In caso di premorienza del beneficiario, lo stesso con la presente riconosce a tale caregiver la facoltà di riscuotere le mensilità spettanti e non ancora eventualmente liquidate, fatto salvo per quest'ultimo di adempiere agli eventuali successivi obblighi previsti per legge in tema di successione.

- autorizzare l'accredito del beneficio sul conto corrente bancario o postale intestato a:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

(il nominativo deve coincidere con la persona sopra dichiarata)

Presso (indicare la banca o l'ufficio postale) \_\_\_\_\_

filiale/sede di \_\_\_\_\_

IBAN: *allegare copia estremi da c/c*

Luogo e data .....

Firma .....

**Allegati :**

- Copia della carta di identità e del codice fiscale del richiedente e della persona non autosufficiente con grave o gravissima disabilità;
- Se il destinatario del buono è cittadino extracomunitario allegare copia del permesso di soggiorno in corso di validità;

**Allegati autocertificabili e che potranno essere prodotti anche in un momento differente da quello di presentazione della domanda (di massima entro la data fissata per la prima commissione di valutazione utile alla definizione della richiesta dell'interessato.):**

- Verbale di invalidità ove si evinca riconoscimento indennità di accompagnamento o verbale di riconoscimento L. 104/1992 art. 3 comma 3. In attesa della definizione dell'accertamento della L. 104/1992 autocertificazione di presentazione dell'istanza per il riconoscimento della L. 104/1992;
- DSU e certificazione ISEE attinente alla tipologia di Buono richiesto in corso di validità;
- Qualora il buono venisse richiesto per compensare le prestazioni di assistente familiare impiegato con regolare contratto: contratto di assunzione dell'assistente familiare e le ultime 3 buste paga

**Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE**

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati al Comunità Montana dei Laghi Bergamaschi saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste Regolamento 679/2016/UE.

Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici.

Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comunità Montana dei Laghi Bergamaschi.

L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE.

L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici dell'Ente e consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo [www.cmlaghi.bg.it](http://www.cmlaghi.bg.it).

Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ente è il seguente soggetto:

DPO	P.IVA	Via/Piazza	CAP	Comune	Nominativo del DPO
LTA S.r.l.	14243311009	Via della Conciliazione 10	00193	Roma	GHIRARDINI DANIELA