

# Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

## Distretto n°7

COMUNI DI CASTELCOVATI, CASTREZZATO, CAZZAGO S/M, CHIARI, COCCAGLIO, COMEZZANO-CIZZAGO,  
ROCCAFRANCA, ROVATO, RUDIANO, TRENZANO, URAGO D'OGGIO

NON COMPILARE - RISERVATO AL COMUNE

Data di Presentazione ..... N. Domanda .....

SPETT.LE COMUNE DI URAGO D'OGGIO

**DOMANDA BUONO SOCIALE A FAVORE DI  
ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI  
ASSISTITI AL PROPRIO DOMICILIO DA CAREGIVER FAMILIARE  
ANNO 2024**

(AI SENSI DELLE DGR XII/1669/2023 - XII/2033/2024 - XII/2166/2024)

Il/la sottoscritto/a.....  
Codice fiscale.....  
nato/a a.....prov.....il.....  
residente in.....(c.a.p.).....  
Via/Piazza.....n°.....  
telefono.....email.....

### CHIEDE

☐ per se stesso  
☐ per Il/la Sig/ra.....  
Codice fiscale.....  
nato/a a.....prov.....il.....  
residente in.....(c.a.p.).....  
Via/Piazza.....n°.....  
telefono.....email.....

Di usufruire del Buono Sociale a favore di persone con disabilità grave / anziani non autosufficienti assistiti al proprio domicilio da caregiver familiare - anno 2024.

A tal fine, consapevole delle sanzioni civili e penali a cui incorre in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più corrispondenti a verità, giusto il disposto dell'art. 26 della legge n°15/68,

### DICHIARA

A) che il proprio nucleo familiare, come definito dallo Stato di famiglia, è formato dalle seguenti persone:

| Cognome e nome | rapporto di parentela con il richiedente |
|----------------|--|
| .....          | .....                                    |
| .....          | .....                                    |
| .....          | .....                                    |
| .....          | .....                                    |
| .....          | .....                                    |

## Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

B) di avere un ISEE sociosanitario non superiore ad euro 25.000

☐SI ☐NO

C) che l'ISEE sociosanitario in mio possesso ha un valore di euro.....

D) di possedere certificazione di disabilità grave ai sensi della l. 104, art. 3, comma 1 e 3. o certificazione di invalidità al 100% con indennità di accompagnamento

☐SI ☐NO

E) essere assistito presso il proprio domicilio da parte di un caregiver familiare

☐SI ☐NO

F) Di essere in possesso di un indice di fragilità sociale che evidenzii il grado di dipendenza nelle attività di vita quotidiana (ADL) e delle attività strumentali alla vita quotidiana (IADL) (a cura del servizio sociale)

☐SI ☐NO

G) Di essere stato beneficiario della Misura B2 anno 2023

☐SI ☐NO

H) Di FREQUENTARE unità d'offerta semiresidenziali socio/sanitarie e/o sociali (CDI, CSE, SFA, CDD):

☐SI ☐NO

I) Di NON usufruire di nessuna delle seguenti misure (incompatibili ai sensi delle dgr XII/1669/2023 - XII/2033/2024 - XII/2166/2024):

- accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
- voucher anziani e disabili ex DGR n. 7487/2017 e DGR n. 2564/2019;
- Misura B1;
- contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale assunto;
- ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- Home Care Premium/INPS HCP con la prestazione prevalente;
- presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018

L) di essere consapevole che, a seguito della definizione della graduatoria, per gli aventi diritto, il servizio sociale comunale redigerà il PI (progetto individualizzato), parte integrante della documentazione da allegare alla domanda e presupposto perché possa essere erogato il buono sociale. Tale documento dovrà essere sottoscritto dal servizio sociale comunale e dall'utente stesso beneficiario del buono sociale.

M) di voler riscuotere il buono sociale tramite accredito sul **conto corrente bancario a me intestato o cointestato (NO libretto postale)** di cui allego le coordinate

N) In caso di chiusura del CC indicato, delego alla riscossione (parte obbligatoria):

## Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

il/la sig/ra.....  
nato/a a .....il.....  
residente a .....cap.....  
in via .....  
codice fiscale .....  
telefono .....  
email.....

La presente delega se non revocata ha durata illimitata

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni relative al ricovero in Istituto (RSA), ai cambiamenti anagrafici ed ogni altro evento che modifichi le dichiarazioni rese.

Data .....

FIRMA DEL RICHIEDENTE

.....

### ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

- 1- fotocopia codice fiscale del richiedente;
- 2- fotocopia carta d'identità del richiedente;
- 3- fotocopia codice fiscale del beneficiario (se diverso dal richiedente);
- 4- fotocopia carta d'identità del beneficiario (se diverso dal richiedente);
- 5- copia certificazione di disabilità grave L. 104 art. 3 comma 1 e 3 o invalidità al 100% con indennità di accompagnamento **(CONTENENTE L' INDICAZIONE DELLA DIAGNOSI)**;
- 6- copia attestazione ISEE sociosanitario in corso di validità (ai sensi del DPCM 159/2013);
- 7- copia delle coordinate bancarie/postali rilasciata dall'istituto di credito ai fini dell'accredito del buono sociale (NO libretti postali);
- 8- ADL/IADL a cura del servizio sociale;
- 9- carta d'identità e codice fiscale del delegato (se diverso dal richiedente).

## DICHIARAZIONE B1

## Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

Il sottoscritto.....

**Dichiara**

**di essere consapevole che il Buono sociale in oggetto è incompatibile con un altro intervento relativo alle dgr XII/1669/2023 - XII/2033/2024 - XII/2166/2024, Misura B1**

**e di informare tempestivamente il Servizio sociale del Comune di residenza, nel caso di riconoscimento del beneficio della misura B1.**

**FIRMA**

.....