

# 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'OGLIO

NON COMPILARE - RISERVATO AL COMUNE

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

SPETT.LE COMUNE DI URAGO D'OGLIO

### **DOMANDA BUONO A SOSTEGNO DI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE / ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITI AL PROPRIO DOMICILIO DA PARTE DI ASSISTENTE PERSONALE – ANNO 2024**

(AI SENSI DELLA 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 a sostegno di persone con disabilità grave / anziani non autosufficienti assistiti al proprio domicilio da parte di assistente personale – 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
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

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

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

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) di essere assistito presso il proprio domicilio da parte di un assistente personale assunto con regolare contratto di lavoro, stipulato da parte dell'anziano oppure di un suo familiare

SI NO

F) che tale contratto è (barrare la voce relativa alla tipologia di contratto in essere):

- contratto di assunzione a tempo pieno
- contratto di assunzione a tempo part time

G) Di essere in possesso di un indice di fragilità sociale che evidensi 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

H) Di essere stato beneficiario della Misura B2 anno 2023

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);
- Misura B1;
- Voucher anziani e disabili (ex Dgr n. 7487/2017 e Dgr n. 2564/2019);
- 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;
- presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018
- Home Care Premium/INPS HCP con la prestazione prevalente

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 perchè possa essere erogato il buono sociale. Tale documento dovrà essere sottoscritto dal servizio sociale comunale e dall'utente stesso beneficiario del buono sociale.

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

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 bancarie.

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

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.

Il sottoscritto si impegna a presentare al servizio sociale del comune di residenza le attestazioni trimestrali dei versamenti contributivi relativi al periodo di erogazione del buono sociale.

Data .....

FIRMA

.....

### 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 del contratto di assunzione dell'assistente familiare;
- 7- copia attestazione isee sociosanitario in corso di validità (ai sensi del DPCM 159/2013);
- 8- copia delle coordinate bancarie/postali rilasciata dall'istituto di credito ai fini dell'accredito del buono sociale (No libretto postale);
- 9- ADL/IADL a cura del servizio sociale;
- 10- carta d' identità a codice fiscale del delegato (se diverso dal richiedente)

# Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

## DICHIARAZIONE DI NON RICHIESTA MISURA B1

Io sottoscritto.....

Dichiaro

**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  
in caso di riconoscimento del beneficio della misura B1**

FIRMA

.....