

Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

Distretto n°7

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

NON COMPILARE - RISERVATO AL COMUNE

Data di Presentazione N. Domanda

SPETT.LE COMUNE DI

**DOMANDA BUONO SOCIALE A FAVORE DI
PERSONE CON DISABILITA' GRAVE / ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI
ASSISTITI AL PROPRIO DOMICILIO DA ASSISTENTE PERSONALE**

ANNO 2022

(AI SENSI DELLA DGR N°XI/5791/2021)

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

In qualità di Amministratore di Sostegno di

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

CHIEDE

Di usufruire del Buono Sociale a favore di persone con disabilità grave / anziani non autosufficienti assistiti al proprio domicilio da assistente personale - anno 2022

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 CHE IL PROPRIO AMMINISTRATO

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

1

Settore 3 Sociale

Area Piano di Zona– Legge 328/00

Responsabile dott.ssa Rosa Simoni

c/o Servizi Sociali Piazza Martiri della libertà, 26 - Comune di Chiari

tel. 030 7008254 - fax 030 7008258

e-mail: upservizisociali@comune.chiari.brescia.it

Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

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

B) è in possesso di un ISEE sociosanitario non superiore ad euro 25.000

☐SI ☐NO

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

D) è in possesso di 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) è 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) è in possesso di un indice di fragilità sociale che evidenzia 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) è stato beneficiario della Misura B2 anno 2021

☐SI ☐NO

I) NON usufruisce di nessuna delle seguenti misure (incompatibili ai sensi della dgr XI/5791/2021):

- 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) è 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.

Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

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

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

il/la sig/ra.....
nato/a ail.....
residente acap.....
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 dell' amministratore di sostegno;
- 2- fotocopia carta d'identità dell' amministratore di sostegno;
- 3- fotocopia codice fiscale del beneficiario;
- 4- fotocopia carta d' identità del beneficiario;
- 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- Nomina di sentenza dell'amministratore di sostegno del beneficiario;
- 11- carta d' identità a codice fiscale del delegato (se diverso dall' amministratore di sostegno)

DICHIARAZIONE DI NON RICHIESTA MISURA B1

Il sottoscritto.....

in qualità di Amministratore di Sostegno del/la

Sig./ra.....

Dichiara

**di non aver presentato domanda Misura B1 a favore dell' amministrato sopra
riportato**

**di essere consapevole che il Buono sociale in oggetto è incompatibile con
un altro intervento relativo alla Dgr XI/5791/2021, Misura B2**

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

FIRMA DELL' AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

.....

Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00



COMUNE DI CHIARI

Provincia di Brescia

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati al Comune di Chiari saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal 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 Comune di Chiari. 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.comune.chiari.brescia.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 DPO Incaricato
SI.NET Servizi Informatici s.r.l.	02743730125	Corso magenta, 46	20123	Milano	Dott. Paolo Tiberi

Il Data Protection Officer è reperibile presso la sede municipale del Comune di Chiari in P.zza Martiri della Libertà, 26 – 25032 CHIARI (BS). In caso di istanze/comunicazioni scritte da inviarsi in modalità digitale il Data Protection Officer può essere contattato tramite il recapito istituzionale dpo@comune.chiari.brescia.it oppure comunedichiari@legalmail.it (se viene utilizzata la posta elettronica certificata).

DATA,

FIRMA

Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00