

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 _____

DOMANDA BUONO SOCIALE A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE/ ANZIANI

ASSISTITI AL PROPRIO DOMICILIO DA CAREGIVER FAMILIARE – ANNO 2021

(AI SENSI DELLA DGR XI/4138/2020)

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 caregiver familiare - anno 2021

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,

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: upserviziociali@comune.chiari.brescia.it

Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

DICHIARA CHE IL PROPRIO AMMINISTRATO

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

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

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

SI NO

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

D) possiede una 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 caregiver familiare

SI NO

F) è 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

G) è stato beneficiario della Misura B2 anno 2020:

SI NO

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

SI NO

I) NON usufruisce di nessuna delle seguenti misure (incompatibili ai sensi della dgr XI/4138/2020):

- 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;
- 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;

Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

- ricovero in riabilitazione/Sub acute/Cure intermedie/Post acuta;
- presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018
- Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015.

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

M) vuol riscuotere il buono sociale tramite:

- accredito sul conto corrente bancario a me intestato o cointestato (NO libretto postale)
- riscossione in contanti
- riscossione in contanti da parte del delegato

si delega alla riscossione:

PARTE OBBLIGATORIA DA COMPILARE

**ANCHE SE NEL PUNTO M VIENE SCELTA ALTRA MODALITA' DI EROGAZIONE
(tale delega verrà utilizzata in sostituzione dell' accredito sul CC indicato, in caso di chiusura) :**

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 (RSD/RSA), ai cambiamenti anagrafici ed ogni altro evento che modifichi le dichiarazioni rese.

Data

FIRMA DELL' AMMINISTRATORE
DI SOSTEGNO

Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

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 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'accreditamento del buono sociale (NO libretto postale);
- 8- ADL/IADL a cura del servizio sociale;
- 9- Nomina di sentenza dell'amministratore di sostegno del beneficiario
- 10- Carta d' identità e codice fiscale del delegato (se diverso dall' amministratore di sostegno)

Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

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/4138/2020, 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 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