



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 DISABILITA' GRAVE (18- 64 ANNI) ASSISTITI AL PROPRIO DOMICILIO DA CAREGIVER FAMILIARE ANNO 2020

(AI SENSI DELLA DGR XI/2720/2019)

....l.... sottoscritt.....

nat.....a.....prov.....il.....

residente in.....(c.a.p.).....

Via/Piazza.....n°

Stato Civile.....Professione.....telefono.....

Codice fiscale.....;

CHIEDE

Di usufruire del Buono Sociale a favore di persone con disabilità grave / anziani non autosufficienti assistiti al proprio domicilio da caregiver familiare- anno 2020

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) di essere nat....aprov.....il.....
- B) di essere residente in.....
- C) che il proprio nucleo familiare, 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: upserviziociali@comune.chiari.brescia.it

Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

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

D) di avere un ISEE SOCIOSANITARIO non superiore ad € 25.000

SI NO

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

F) 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

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

SI NO

H) Di essere in possesso di un indice di fragilità sociale che evidenzi il grado di dipendenza nelle attività di vita quotidiana (ADL) e delle attività strumentali alla vita quotidiana (IADL):

SI NO

I) Di essere stato beneficiario della Misura B2 anno 2019:

SI NO

L) di FREQUENTARE unità d'offerta semiresidenziali socio/sanitarie e/o sociali (Cdd, Cse, Sfa):

SI NO

M) Di NON usufruire di nessuna delle seguenti misure (incompatibili ai sensi della dgr 2720/2019): -accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);

- 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; - ricovero in riabilitazione/Sub acute/Cure intermedie/Post acuta;

- presa in carico in Unità d'offerta semiresidenziali sanitarie, sociosanitarie o sociali (es. regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, riabilitazione in diurno continuo, CDD, CDI, CSE, SFA);

- presa in carico con Sperimentazioni riabilitazione minori disabili in regime diurno (\geq 18 ore settimanali);

- 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;

Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

O) 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.

P) di voler riscuotere il buono sociale tramite accredito sul conto corrente bancario a me intestato o cointestato:

SI NO

Codice IBAN : vedi documento rilasciato da Banca

BANCA FILIALE di

PARTE OBBLIGATORIA DA COMPILEARE: In caso di chiusura del conto corrente indicato si delega alla riscossione in contanti il sig..... nato
a il residente a in
via telefono codice fiscale

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.

Io sottoscritto.....

**Dichiaro
di non aver presentato domanda Misura B1**

di essere consapevole che il Buono sociale in oggetto è incompatibile con un altro intervento relativo alla Dgr XI/2720/2019, 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

ALLEGÀ ALLA PRESENTE DOMANDA:

- 1- fotocopia codice fiscale del richiedente
- 2- fotocopia carta d'identità del richiedente
- 3- 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**)

Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

- 4- copia attestazione isee sociosanitario in corso di validità (ai sensi del DPCM 159/2013);
- 5- copia delle coordinate bancarie/postali rilasciata dall'istituto di credito ai fini dell'accreditto del buono sociale
- 6- ADL/IADL a cura del servizio sociale

Data

FIRMA DEL RICHIEDENTE

.....