



## 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)

...I.... 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....a .....prov.....il.....
- B) di essere residente in.....
- C) che il proprio nucleo familiare, come definito dallo Stato di famiglia, è formato dalle seguenti persone:

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

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

D) di avere un ISEE SOCIO SANITARIO 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 evidenzia 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 perché 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 COMPILARE:** 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

ALLEGA 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'accredito del buono sociale
- 6- ADL/IADL a cura del servizio sociale

Data .....

FIRMA DEL RICHIEDENTE

.....