

# 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'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  
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°.....

In qualità di Amministratore di Sostegno di

Nome.....Cognome.....

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

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

Via/Piazza.....n°.....

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,

# Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

DICHIARA CHE IL PROPRIO AMMINISTRATO

- A) È nat....a .....prov.....il.....
- B) E' residente in.....
- C) che il nucleo familiare dell'amministrato, come definito dallo Stato di famiglia, è formato dalle seguenti persone

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

- D) di avere un ISEE sociosanitario non superiore ad euro 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 evidenzii 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
- J) di FREQUENTARE unità d'offerta semiresidenziali socio/sanitarie e/o sociali (CDI, CDD, CSE, SFA):  
☐SI ☐NO

K) 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

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

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;

M) 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.

N) 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 .....

O) in caso di risposta negativa al punto precedente, o di variazione o di chiusura del conto corrente sopra indicato, di delegare 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, 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

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

.....

---

### 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)**
- 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
- 7- Nomina di sentenza dell' amministratore di sostegno del beneficiario

Data .....

FIRMA DEL RICHIEDENTE/  
Amministratore di Sostegno

.....