

# 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 A SOSTEGNO DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE / ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITI AL PROPRIO DOMICILIO DA PARTE DI ASSISTENTE PERSONALE – ANNO 2020**

(AI SENSI DELLA DGR N° 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 a sostegno di persone con disabilità grave / anziani non autosufficienti assistiti al proprio domicilio da parte di assistente personale – 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,  
DICHARA

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

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

B) di avere un ISEE sociosanitario non superiore ad euro 25.000

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](mailto:upservizisociali@comune.chiari.brescia.it)

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

☐SI ☐NO

- C) che l' ISEE sociosanitario in mio possesso ha un valore di euro.....
- D) 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

- E) di essere assistito presso il proprio domicilio da parte di un assistente familiare assunta con regolare contratto di lavoro, stipulato da parte dell'anziano oppure di un suo familiare

☐SI ☐NO

G) 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

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

L) 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;

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

☐SI ☐NO

Codice IBAN : vedi documento rilasciato da Banca

2

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](mailto:upservizisociali@comune.chiari.brescia.it)

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

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

P) 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.

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.

**lo 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 successiva eventuale presentazione domanda 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 del contratto di assunzione dell' assistente familiare (badante)
- 5- copia della documentazione attestante le spese sostenute per il servizio reso dall'assistente familiare, indicante i mesi di lavoro;
- 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'accredito del buono sociale
- 8- ADL/IADL a cura del servizio sociale