NON COMPILARE - RISERVATO AL COMUNE

Data di Presentazione ………….………………………….. N. Domanda …………………………………………

SPETT.LE COMUNE DI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DOMANDA BUONO SOCIALE ANNO 2025**

**A FAVORE DI PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI A BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE E PERSONE CON DISABILITA’ E NECESSITA’ DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO ASSISTITI AL PROPRIO DOMICILIO DA CAREGIVER FAMILIARE**

**(AI SENSI DELLA DGR XII/3719/2024)**

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 del/la

Sig./Sig.ra ....………………………………………………………………………………………………………………..

Codice fiscale…………………………………………………………………………………………….…………………

nato/a a…………………………………………………………………………..prov…………il………………….………

residente in………………………………………………………………………………… c.a.p. ………….…………….

Via/Piazza……………………………………………………………………………………………..n°…………………..

CHIEDE

Di usufruire del Buono Sociale a favore di persone anziane non autosufficienti a basso bisogno assistenziale e persone con disabilità e necessità di sostegno intensivo elevato assistiti al proprio domicilio da caregiver familiare – anno 2025.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, ai sensi degli articoli 75-76 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA CHE IL PROPRIO AMMINISTRATO

1. ha un nucleo familiare, come definito dallo Stato di famiglia, formato dalle seguenti persone:

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e nome | rapporto di parentela con il beneficiario |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

1. ha presentato la Dichiarazione Sostitutiva Unica con il seguente numero di protocollo

…………………………………………………….

1. ha un ISEE sociosanitario non superiore ad euro 25.000,00

□SI □NO

1. ha un ISEE sociosanitario con valore pari ad € ………………………………………………….
2. è in possesso di certificazione di disabilità grave ai sensi della l. 104, art. 3, comma 3. o certificazione di invalidità al 100% con indennità di accompagnamento o certificazione di persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato ai sensi del D.lgs 62/2024

□SI □NO

1. è assistito presso il proprio domicilio da parte di un caregiver familiare

□SI □NO

1. è 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) (a cura del servizio sociale)

□SI □NO

H) è stato beneficiario della Misura B2 anno 2024

□SI □NO

I) frequenta unità d’offerta semiresidenziali socio/sanitarie e/o sociali:

□SI □NO

J) è beneficiario della misura Dopo di Noi (se sì, specificare di quale intervento):

□SI …………………………………………......

□NO

K) NON usufruisce di nessuna delle seguenti misure (incompatibili ai sensi della dgr XII/3719/2024:

- accoglienza definitiva presso Unità d’offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS);

* Misura B1;
* contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato;
* ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
* prestazione universale di cui agli artt. 34-36 del D.lgs 29/2024;
* Home Care Premium/INPS HCP;
* presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018

L) è consapevole che, a seguito della definizione della graduatoria, verrà redatto il Progetto Individualizzato, presupposto perché possa essere erogato il buono sociale. La valutazione è di carattere multidimensionale ed effettuata in modalità integrata con ASST. All’interno del Progetto Individualizzato sarà individuato il case-manager, ovvero il responsabile dell’attuazione del progetto. Il P.I. dovrà essere sottoscritto da un rappresentante del Comune/Ambito, da un rappresentante della ASST competente, dalla persona beneficiaria/famiglia o da chi eventualmente ne garantisce la protezione giuridica, dal responsabile del progetto (case manager). In sede di valutazione multidimensionale, per anziani e adulti verrà valutata l’eventuale attivazione di interventi integrativi sociali.

M) vuol riscuotere il buono sociale tramite accredito sul **conto corrente bancario a lui intestato o cointestato (NO libretto postale)** di cui allego le coordinate

N) In caso di chiusura del CC indicato, delego alla riscossione (parte obbligatoria, la presente delega se non revocata ha durata illimitata):

il/la sig/ra………………………………………………..…………………………………………………………………

nato/a a ………………………………………………….. …………………il……………………………………………

residente a ……...……………………………………………………………………cap……………………………..

in via ………………………………………………………………………………………………………………………..

codice fiscale ……………………………………...………………………………………………………………………..

telefono ……………………………………………………………………………………………………………………....

email…………………………………………………………………………………………………………………………..

O) è a conoscenza che l'Ambito potrà procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni relative al ricovero in Istituto (RSD, CSS), ai cambiamenti anagrafici ed ogni altro evento che modifichi le dichiarazioni rese.

Data ……………………

FIRMA DEL RICHIEDENTE

………..…………………………………………….

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

1. fotocopia carta d’identità e codice fiscale del richiedente;
2. fotocopia carta d’identità e codice fiscale del beneficiario (se diverso dal richiedente);
3. copia certificazione di gravità ai sensi della L. 104, art. 3 comma 3 o invalidità al 100% con indennità di accompagnamento di cui alla legge n.18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L.508/1988 o certificazione di persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato ai sensi del D.lgs 62/2024 (CONTENENTE L' INDICAZIONE DELLA DIAGNOSI)
4. copia attestazione ISEE sociosanitario in corso di validità (ai sensi del DPCM 159/2013) compreso ISEE corrente laddove previsto dalla normativa;
5. copia delle coordinate bancarie/postali rilasciata dall’istituto di credito ai fini dell'accredito del buono sociale (NO libretti postali);
6. ADL/IADL a cura del servizio sociale;
7. Copia carta d’ identità e codice fiscale del delegato (se diverso dal richiedente);
8. Eventuale copia della sentenza della nomina dell’amministratore di sostegno del beneficiario;
9. Copia carta d’identità e codice fiscale dell’amministratore di sostegno;
10. Informativa privacy sottoscritta (solo nel caso in cui la domanda venga presentata tramite servizio sociale comunale).

**DICHIARAZIONE B1**

**Il sottoscritto……….……………………………..**

**Dichiara**

**di essere consapevole che il Buono sociale in oggetto è incompatibile con un altro intervento relativo alla dgr XII/3719/2024 - Misura B1**

**e di informare tempestivamente il Servizio sociale del Comune di residenza,** **nel caso di riconoscimento del beneficio della misura B1.**

**FIRMA**

**……………………………………………………………………………...**