

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE A FAVORE DI PERSONE CON  
DISABILITA' GRAVE O ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITE A DOMICILIO DA  
UN CAREGIVER FAMILIARE O DA UN ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE  
ASSUNTO**

*(ai sensi della DGR 1253/2019 di Regione Lombardia – MISURA B2)*

Al Comune di \_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE:**

Il/la sig./ra (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_

In qualità di  beneficiario,  tutore,  curatore,  amministratore di sostegno  
 familiare (specificare \_\_\_\_\_),  altro (specificare \_\_\_\_\_)

Per conto del **BENEFICIARIO** sotto riportato (compilare solo se si tratta di persona diversa dal richiedente)

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| COGNOME _____        | NOME _____           |
| NATO/A A _____       | PROV. _____ IL _____ |
| RESIDENTE A _____    | VIA _____ N° _____   |
| PROV _____           | TEL _____            |
| CODICE FISCALE _____ |                      |

**CHIEDE**

l'assegnazione del buono sociale (**barrare una delle due caselle**):

- FINALIZZATO A COMPENSARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ASSICURATE DAL CAREGIVER FAMILIARE**  
**A FAVORE DI** (barrare la casella di interesse)
- DISABILE MINORE**
- DISABILE ADULTO**
- ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE (DAI 65 ANNI)**

NOME e COGNOME DEL CAREGIVER FAMILIARE \_\_\_\_\_

GRADO DI PARENTELA CON IL POSSIBILE BENEFICIARIO DEL BUONO \_\_\_\_\_

DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI ASSICURATE DAL CAREGIVER AL BENEFICIARIO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- FINALIZZATO A COMPENSARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ASSICURATE DA UN ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE ASSUNTO**  
(ASSUNTO DAL \_\_\_\_\_ PER N° ORE SETTIMANALI \_\_\_\_\_)
- A FAVORE DI** (barrare la casella di interesse)
- DISABILE MINORE**
- DISABILE ADULTO**
- ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE (DAI 65 ANNI)**

secondo quanto definito nel documento " *Criteria per l'erogazione di buoni sociali mensili a favore di persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza assistiti al domicilio da un caregiver familiare o da un assistente familiare regolarmente assunto*".

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità:

## DICHIARA

**a) IN CASO DI MINORE DISABILE GRAVE (0-17 anni):**

- Che il/la minore indicato/a come beneficiario/a è in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 oppure beneficia dell'indennità

di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988, come da certificazione allegata;

- Che il valore ISEE ordinario in corso di validità è pari ad Euro \_\_\_\_\_  
(indicare il n. protocollo INPS - ISEE \_\_\_\_\_);
- Che il/la minore indicato/a come beneficiario/a
  - è in possesso dell'indennità di accompagnamento
  - NON** è in possesso dell'indennità di accompagnamento;
- Che il/la minore indicato/a come beneficiario/a NON è accolto/a in via definitiva presso Unità d'offerta sociale o sociosanitaria e/o NON frequenta unità d'offerta sociale o sociosanitaria semiresidenziale diurna per più di 18 ORE SETTIMANALI;

**b) IN CASO DI ADULTO DISABILE GRAVE (dai 18 ai 64 anni):**

- Che il/la sig./ra indicato/a come beneficiario/a è in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 oppure beneficia dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988, come da certificazione allegata;
- Che il valore ISEE ordinario in corso di validità è pari ad Euro \_\_\_\_\_  
(indicare il n. protocollo INPS - ISEE \_\_\_\_\_);
- Che il/la sig./ra indicato/a come beneficiario/a
  - è in possesso dell'indennità di accompagnamento
  - NON** è in possesso dell'indennità di accompagnamento;
- Che il/la sig./ra indicato/a come beneficiario/a NON è accolto/a in via definitiva presso unità d'offerta sociale o sociosanitaria e/o NON frequenta unità d'offerta sociale o sociosanitaria semiresidenziale diurna;
- Che il/la sig./ra indicato/a come beneficiario/a NON beneficia delle misure Voucher anziani e disabili ex DGR n. 7487/2017 e Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015;

**c) IN CASO DI ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE (Dai 65 anni):**

- Che il/la sig./ra indicato/a come beneficiario/a è in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 oppure beneficia dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988, come da certificazione allegata;
- Che il valore ISEE ordinario in corso di validità è pari ad Euro \_\_\_\_\_  
(indicare il n. protocollo INPS - ISEE \_\_\_\_\_);
- Che il/la sig./ra indicato/a come beneficiario/a
  - è in possesso dell'indennità di accompagnamento
  - NON** è in possesso dell'indennità di accompagnamento;

- Che il/la sig./ra indicato/a come beneficiario/a NON è accolto/a in via definitiva presso unità d'offerta sociale o sociosanitaria e/o NON frequenta unità d'offerta sociale o sociosanitaria semiresidenziale diurna;
- Che il/la sig./ra indicato/a come beneficiario/a NON beneficia delle misure Voucher anziani e disabili ex DGR n. 7487/2017 e Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015;
  
- Che il/la sig./ra /minore indicato/a come beneficiario/a rientra in uno tra i seguenti casi (barrare le caselle di interesse– SI SEGNALE CHE L'ELENCO, COME DI SEGUITO INDICATO, RAPPRESENTA L'ORDINE DI PRIORITA' DI ACCESSO ALLA MISURA, COME DEFINITO DALLA DGR e che la mancata compilazione o la compilazione errata comporta la non assegnazione della priorità):
  - *Persone non in carico alla Misura RSA Aperta ex DGR n. 7769/2018;*
  
  - *Persone che non beneficiano di interventi o di sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti Pubblici o privati o da Enti previdenziali (es. INPS/Home care premium)*
  
- di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del D.P.R. 445/2000 art. 71 e s.m.i., potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità del contenuto delle dichiarazioni;
  
- di essere a conoscenza che l'accesso alla fase di valutazione delle domande da parte della Commissione istituita presso l'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona e la successiva assegnazione dei punteggi finalizzata a stendere le graduatorie, avverrà a seguito di "*valutazione del profilo della persona*" da parte dall'assistente sociale comunale e, nel caso di valutazione multidimensionale, del personale dell'A.S.S.T., con relativa compilazione e sottoscrizione del Progetto Individuale di Assistenza (PAI);
  
- che i buoni sociali mensili che verranno erogati a favore del richiedente/beneficiario saranno utilizzati per sostenere gli interventi concordati con l'Assistente Sociale Comunale nel PAI (Progetto Individuale di Assistenza);
  
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni della situazione che determinino la perdita del diritto alla concessione dei buoni sociali;
  
- che il conto corrente sul quale intende ricevere l'importo del buono sociale assegnato è il seguente:



|                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| NUMERO _____           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| -                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| INTESTATO/CO-INTESTATO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A _____                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| BANCA _____            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| —                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| AGENZIA                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DI _____               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CODICE IBAN            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

**Si allega:**

- Copia carta d'identità e codice fiscale del richiedente E del beneficiario (se diverso dal richiedente) – in caso di minore allegare i documenti sia del genitore che del minore;
- Copia della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 o della documentazione attestante il possesso dell'indennità di accompagnamento;
- Nel caso in cui si richieda l'accesso al buono sociale "*finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate da un assistente familiare impiegato con regolare contratto*", allegare copia del contratto dell'assistente familiare regolarmente assunto;

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003 e art. 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/2016.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ prende atto che ai sensi dell'art.13 del D.lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e art. 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/2016 i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi di cui al procedimento per il quale si rilasciano le dichiarazioni di cui sopra.

In fede (firma) \_\_\_\_\_

Luogo, data \_\_\_\_\_