

BANDO PER L'ASSEGNAZIONE 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

(ai sensi della DGR 7751/22 di Regione Lombardia – MISURA B2)

**Presentazione delle domande al proprio Comune di residenza
dal giorno 15/03/2023 al giorno 02/05/2023**

Al Comune di _____

IL RICHIEDENTE:

Il/la sig./ra (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ Prov. di _____ il _____

residente a _____ Prov. _____

in via _____ n° _____

codice fiscale _____

Tel. _____ email _____

In qualità di beneficiario, tutore, curatore, amministratore di sostegno

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 _____

Visto il “Bando per l’assegnazione 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” (ai sensi della DGR 7751/22 di Regione Lombardia – MISURA B2) che si accetta integralmente con la sottoscrizione della presente istanza

CHIEDE

l'assegnazione del buono sociale (barrare e compilare una sola delle tre fattispecie):

1. **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 data e luogo di nascita del caregiver familiare

grado di parentela con il possibile beneficiario del buono:

PRESTAZIONI ASSISTENZIALI ASSICURATE DAL CAREGIVER AL BENEFICIARIO
(barrare le prestazioni previste)

- cura della persona
- cura ambiente domestico
- spesa/preparazione pasti
- gestione terapie/farmaci
- sostegno alle relazioni
- gestione burocratica/pratiche amministrative
- trasporti
- altro (specificare _____)
- monte ore settimanale di assistenza: _____

2. **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)**

3. **ASSEGNO PER L'AUTONOMIA PER SOSTENERE PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE SENZA IL SUPPORTO DEL CAREGIVER**

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

- Che il/la beneficiario/a è in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992, come da certificazione allegata;
- Che il/la beneficiario/a è in possesso 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/la beneficiario/a è in attesa di verbale relativo all'indennità di accompagnamento e/o relativo alla condizione di gravità e che si impegnerà a produrlo entro e non oltre la data di approvazione delle graduatorie.

Che il/la beneficiario/a (barrare la casella di interesse). Si segnala che la mancata compilazione o la compilazione errata comporta la non assegnazione della priorità:

- beneficia** dei seguenti interventi di carattere assistenziale erogati dal Comune o da altri enti pubblici o privati, a totale o parziale carico del Comune o di altro ente (barrare intervento di cui si beneficia)

Tipologia interventi
<input type="checkbox"/> SAD
<input type="checkbox"/> Contributo economico comunale
<input type="checkbox"/> Pasti a domicilio
<input type="checkbox"/> Contributi per il sostegno alla locazione
Altro: _____

- non beneficia** di interventi o di sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti Pubblici o privati o da Enti previdenziali;
- frequenta** unità di offerta sociali o sociosanitarie semiresidenziali diurne **CON** compartecipazione a carico dell'ente comunale;
- frequenta** unità di offerta sociali o sociosanitarie semiresidenziali diurne **SENZA** compartecipazione a carico dell'ente comunale;
- ha beneficiato per l'anno 2022- D.G.R. 5791/2021 del contributo B2 per “buoni sociali a favore di persone con disabilità grave o comune in condizione di non autosufficienza assistiti al domicilio da **un assistente familiare regolarmente assunto**”

ha beneficiato per l'anno 2022- D.G.R. 5791/2021 del contributo B2 per “Buono sociale per **progetti di vita indipendente**”

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

- Che il valore ISEE **ordinario** in corso di validità è pari ad Euro:
_____ (indicare il n. protocollo INPS -
ISEE _____) rilasciato in data
_____;
- Frequenta un centro diurno semiresidenziale volto all'assolvimento dell'obbligo scolastico;

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

- Che il valore ISEE **sociosanitario** in corso di validità è pari ad Euro:
_____ (indicare il n. protocollo INPS -
ISEE _____) rilasciato in data
_____;
- Che il/la sig./ra indicato/a come beneficiario/a **NON** beneficia del contributo per progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale assunto.

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

- Che il valore ISEE **sociosanitario** in corso di validità è pari ad Euro:
_____ (indicare il n. protocollo INPS -
ISEE _____) rilasciato in data
_____.

DICHIARA INOLTRE

(Per avere accesso alla misura è necessario rientrare in tutte le fattispecie sotto indicate)

- che il/la beneficiario/a **NON** è **accolto/a in via definitiva presso Unità d'offerta** sociale o sociosanitaria residenziale (es. RSA, CSS, RSD, Hospice, Misure Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
- che il/la beneficiario/a **NON** è **accolto/a per un ricovero di sollievo** per adulti per un massimo di 60 giorni programmabili nell'anno, per minori per un massimo di 90 giorni in cui il costo totale del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- che il/la beneficiario/a **NON** beneficia della **misura B1**;
- che il/la beneficiario/a **NON** beneficia di contributo da risorse progetti di Vita indipendente – PRO.VI – per onere assistente personale regolarmente impiegato;
- che il/la beneficiario/a **NON** beneficia della **misura Home Care Premium/INPS HCP**;

Si allega (selezionare allegati al documento):

- 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 documentazione attestante la condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 e/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, in cui sia esplicitato il monte ore settimanale lavorativo;

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016.

Il sottoscritto _____ prende atto che ai sensi dell'art.13 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, come da informativa art. 8 del bando per l'assegnazione 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” (ai sensi delle DGR 7751/2022 di Regione Lombardia – MISURA B2)

Luogo, data _____ Firma del richiedente _____