



**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
ASSUNTA**

(ai sensi della DGR 5940/2016 di Regione Lombardia – MISURA B2)

Al Comune di _____

IL RICHIEDENTE:

Il sig./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 (auto-soddisfacimento)**

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 _____)

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 assunta*".

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 _____ è in possesso della certificazione di gravità rilasciata dalla Commissione Asl ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992 e della diagnosi funzionale con un livello di gravità grave/gravissimo, come da certificazioni allegate;
- Che il valore ISEE – ordinario - in corso di validità è pari a Euro _____ come da attestazione ISEE allegata (in alternativa indicare il n. protocollo INPS - ISEE _____);
- Che il/la minore _____
 - è in possesso dell'indennità di accompagnamento
 - non è in possesso dell'indennità di accompagnamento;

- Che il/la minore _____ non frequenta un' unità d'offerta semiresidenziale sociale o sociosanitaria;

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

- Che il sig/la sig.ra _____ è in possesso della certificazione d'invalidità pari al 100% rilasciata dall'Asl, come da certificazione allegata;
- Che il valore ISEE in corso di validità, riferito alle *"prestazioni agevolate di natura sociosanitaria"*, secondo quanto previsto dall'art. 6 comma 1 e 2 del D.P.C.M. n° 159/2013, è pari a Euro _____ come da attestazione ISEE allegata (in alternativa indicare il n. protocollo INPS - ISEE _____);
- Che il sig/la sig.ra _____
 - è in possesso dell'indennità di accompagnamento
 - non è in possesso dell'indennità di accompagnamento;
- Che il sig/la sig.ra _____ non frequenta un' unità d'offerta semiresidenziale sociale o sociosanitaria;

c) IN CASO DI PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE (dai 65 anni):

- Che il sig/la sig.ra _____ è in possesso della certificazione d'invalidità 100% rilasciata dall'Asl, come da certificazione allegata;
- Che il valore ISEE in corso di validità, riferito alle *"prestazioni agevolate di natura sociosanitaria"*, secondo quanto previsto dall'art. 6 comma 1 e 2 del D.P.C.M. n° 159/2013, è pari a Euro _____ come da attestazione ISEE allegata (in alternativa indicare il n. protocollo INPS - ISEE _____);
- Che il sig/la sig.ra _____
 - è in possesso dell'indennità di accompagnamento
 - non è in possesso dell'indennità di accompagnamento;
- Che il sig/la sig.ra _____ non frequenta un' unità d'offerta semiresidenziale sociale o sociosanitaria;

- di rientrare in uno tra i seguenti casi (barrare una sola casella – SI SEGNALE CHE L'ELENCO, COME DI SEGUITO INDICATO, RAPPRESENTA L'ORDINE DI PRIORITA' DI ACCESSO ALLA MISURA, COME DEFINITO DALLA DGR 5940/2016):

➤ Persone in carico alla Misura B1/B2 al 31 ottobre 2016:

- laddove beneficiarie della Misura B1, non in quanto in dipendenza vitale alla luce dei parametri di cui alla DGR n. 4249/2015, ma rientranti in quanto già beneficiari ex DGR n. 740/2013 con progetti approvati alla data del 31 ottobre 2014, valutati non con disabilità gravissima secondo i criteri del Decreto statale;
- persone beneficiarie della Misura B2 valutate gravissime in base ai criteri del Decreto statale, in attesa di riconoscimento della Misura B1;

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
 - (Solo in caso di minore disabile) Copia certificazione di gravità rilasciata dalla Commissione Asl ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992;
 - (Solo in caso di minore disabile) Copia della diagnosi funzionale con un livello di gravità grave/gravissimo;
 - Copia del certificato d'invalidità pari al 100 %, in cui risulti, se riconosciuta, l'indennità di accompagnamento;
 - Attestazione ISEE, ordinario per minori disabili e riferito alle prestazioni sociali di natura sociosanitaria per adulti disabili e anziani, in corso di validità;
 - 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 assunta;
 - Altra documentazione attestante particolare stato di bisogno e di fragilità
-

Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003

Il sottoscritto _____ prende atto che ai sensi dell'art.13 del D.Lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" 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 _____