



AMBITO DISTRETTUALE N. 5 SEBINO

Comuni di: Iseo, Corte Franca, Marone, Monte Isola, Monticelli Brusati, Paderno Franciacorta, Paratico, Passirano, Provaglio D'Iseo, Sale Marasino, Sulzano, Zone.

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE A SOSTEGNO DEI RICOVERI DI SOLLIEVO E/O RIMBORSO SPESE PER INTERVENTI DOMICILIARI A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE E PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI D.G.R. XI/7605/2022 e successive integrazioni con D.G.R. XI/7799/2022 PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE "CAREGIVER FAMILIARE"

Spett.le UFFICIO DI PIANO

.....

DATI DEL BENEFICIARIO

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

C.F. _____

residente a _____

in via /piazza _____ n. _____

recapito telefonico _____

assistito dal CAREGIVER FAMILIARE Sig./Sig.ra _____

grado di parentela _____

recapito telefonico _____

recapito mail _____

compilare se a presentare la domanda non è il beneficiario diretto,

Nome e Cognome di chi presenta la richiesta _____

relazione di parentela con l'assistito _____

recapito telefonico _____

recapito mail _____

N.B. In caso di persona sottoposta a tutela giuridica, la domanda deve essere sottoscritta da chi ne rappresenta la tutela. N. del decreto di Nomina AdS _____

CHIEDE

di poter accedere al contributo del Fondo Caregiver 2022 – esercizio 2023 per il

rimborso spese relative ad interventi forniti dal 01/01/2023 al 31/12/2023 che favoriscano la sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare.

Sono ammesse le spese relative a:

- intervento domiciliare da parte di servizi forniti da enti qualificati nel settore dell'assistenza domiciliare. Si tratta di interventi complementari a quelli già attivi (extra piano di intervento);
- intervento residenziale extrafamiliare ovvero soggiorno temporaneo in unità d'offerta residenziale o comunque in grado di dare una risposta adeguata ed appropriata ai bisogni e alle esigenze della persona (enti qualificati)

Non sono ammesse le spese relative a compartecipazione agli interventi di assistenza domiciliare già attivi (es. sad comunale) e per interventi di natura sociosanitaria.

A TAL FINE DICHIARA

- di essere persona con **disabilità grave** (*accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 ovvero beneficiaria dell'indennità di accompagnamento/frequenza*) che vive al proprio domicilio, assistita solo dal caregiver familiare

(priorità)

- NON in carico alla Misura B2,
- NON inserita in servizi semiresidenziali sanitari, sociosanitari o sociali (ad es. regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, riabilitazione in diurno continuo, CDD, CDI, CSE, presa in carico con Sperimentazioni riabilitazione minori disabili in regime diurno. ...)

Oppure:

- In carico alla Misura B2, buono sociale _____ (specificare tipo di intervento di cui si è beneficiari)
- Inserita in servizi semiresidenziali sanitari, sociosanitari o sociali (ad es. regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, riabilitazione in diurno continuo, CDD, CDI, CSE, presa in carico con Sperimentazioni riabilitazione minori disabili in regime diurno. ...)
- di aver sostenuto, nel corso del 2023, spese per la sostituzione del sostegno del caregiver familiare, mediante:
 - intervento domiciliare da parte di servizi forniti da enti qualificati nel settore dell'assistenza domiciliare, quale attività complementare ad eventuali servizi già attivi. Si tratta di interventi complementari a quelli già attivi (per es. extra piano di un intervento SAD / ADI...)

Tipologia di intervento _____

Ente erogatore _____

Periodo _____

Spesa sostenuta, € _____

- intervento residenziale extrafamiliare ovvero soggiorno temporaneo in unità d'offerta residenziale o comunque in grado di dare una risposta adeguata ed appropriata ai bisogni e alle esigenze della persona (enti qualificati)

Tipologia di intervento _____

Ente erogatore _____

Periodo _____

Spesa sostenuta, € _____

- di essere a conoscenza che **il contributo massimo di € 1.200,00** sarà erogato in un'unica tranche;
- di essere a conoscenza che l'Ambito, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000;
- di usufruire del **servizio ADI**: SI NO
- di usufruire delle seguenti prestazione assistenziali da parte del caregiver:
 - Assistenza igiene SI NO ;
 - Assistenza alimentazione SI NO ;
 - Assistenza mobilità SI NO ;
 - Assistenza terapia SI NO ;
 - Assistenza supporto SI NO ;

- che le coordinate bancarie per l'accredito del rimborso spettante sono le seguenti:

C/c bancario/postale n° _____ intestato a _____,
 presso la banca/posta _____ filiale di _____

CODICE IBAN																											
I	T																										

In fede _____

Allegati:

- documento identità in corso di validità e codice fiscale del richiedente,
- certificato di gravità (*accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 ovvero beneficiaria dell'indennità di accompagnamento/frequenza*),
- spese di assistenza integrativa e/o di ricovero di sollievo nel periodo di riferimento Gennaio – Dicembre 2023 con presentazione della/e fattura/e quietanzate o ricevuta della struttura e copia dei pagamenti effettuati,
- copia del codice IBAN e carta d'identità e codice fiscale se C/C intestato a persona diversa del beneficiario.

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati al Comune di Iseo saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Iseo. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici dell'Ente e consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo <https://www.comune.iseo.bs.it/Privacy/Informativa-trattamento-dati-Sito-web>.

Preso atto dell'informativa il/la sottoscritto/a dichiarante.....
 acconsente al trattamento dei dati personali qui contenuti in quanto funzionali agli scopi per i quali è posto in essere.
 _____, li _____

In fede _____