



AMBITO DISTRETTUALE N. 5

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

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE
A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE E PER ANZIANI
NON AUTOSUFFICIENTI D.G.R. 1669/2023 E s.m.i.
ANNO 2024

Protocollo
(riservato al Comune di residenza)

ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI

DEL COMUNE DI _____

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

C.F. _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

domiciliato a _____ in Via _____ n. _____

recapito telefonico _____

CHIEDE

l'assegnazione del buono sociale, così come previsto nelle Linee Guida approvate dall'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito n.5 Sebino.

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità degli 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) di essere residente nel Comune di _____;
- b) di avere compiuto _____ anni alla data del 28 giugno 2024;
- c) di possedere un reddito ISEE sociosanitario in corso di validità (alla formazione del reddito ISEE concorrono gli elementi previsti dal DPCM 159/2013 elaborato ai sensi dell'art.6), pari ad € _____;

d) di essere in possesso di certificazione di non autosufficienza e/o disabilità grave (come da doc. allegata):

- riconosciuto invalido al 100% con diritto all'indennità di accompagnamento
 riconosciuto disabile grave in possesso di certificato di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92.

e) di **FREQUENTARE** unità d'offerta semiresidenziali socio/sanitarie o sociali

SI (indicare quale e dove) _____ **NO**

- Se **SI**: a tempo pieno part time

f) che nessuno/altri componenti del nucleo familiare ha/hanno presentato domanda per l'assegnazione del buono sociale (in caso di presentazione specificare i dati anagrafici del richiedente)

cognome _____ nome _____

nato a _____ il _____

g) di essere assistito a domicilio in maniera continuativa come di seguito specificato:

1) Cognome e nome di chi presta l'assistenza _____
(se lavoratore extracomunitario specificare gli estremi del permesso di soggiorno o gli estremi della ricevuta di presentazione della richiesta di regolarizzazione, e ricevute riferite al pagamento delle prestazioni come da contratto lavorativo)

2) Parente SI NO ;

3) Convivente SI NO ;

Recapito telefonico _____

4) Monte ore giornaliero di assistenza prestata dal Care Giver _____

5) Tipo di prestazioni assistenziali garantite dal Care Giver :

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a. Assistenza igiene | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| b. Assistenza alimentazione | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| c. Assistenza mobilità | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| d. Assistenza terapia | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| e. Assistenza supporto | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

h) di impegnarsi a comunicare, direttamente o mediante un familiare:

1) l'eventuale ricovero in struttura residenziale;

2) eventuali altri motivi che facciano venire meno la necessità di cure a domicilio o il diritto di concessione del buono;

i) di impegnarsi a definire con il Servizio Sociale del Comune di residenza, un progetto individualizzato nel quale vengono individuati tutti gli interventi anche migliorativi delle condizioni di assistenza che verranno sostenuti attraverso le risorse aggiuntive del buono sociale;

- j) di autorizzare visite domiciliari dell'equipe di valutazione appositamente costituita, ai fini della valutazione della domanda e dei controlli sull'assistenza prestata;
- k) di essere a conoscenza che l'assegnazione del presente Buono esclude la possibilità di usufruire di analoghe provvidenze previste dalla Programmazione Zonale, aventi la finalità di sostenere la cura a domicilio di soggetti fragili;
- l) di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerge la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese, il sottoscritto decadrà dai benefici ottenuti;
- m) di non essere beneficiario di altre prestazioni incompatibili con l'erogazione del presente buono (Es. Misura B1 – RSA Aperta – Home Care Premium/Inps)

n) che il nominativo del **MEDICO DI BASE** è : _____

o) di usufruire del **servizio ADI**: SI NO

p) di **INDICARE, OBBLIGATORIAMENTE, LE MODALITA' DI PAGAMENTO**, ai fini dell'accreditamento dei benefici economici:

1. accredito diretto su proprio c/c bancario o postale oppure su c/c di familiare delegato , intestato a _____, presso la Banca _____ Agenzia di _____

CODICE IBAN																											

(allegare copia cartacea del Codice IBAN:)

2. ritiro presso lo sportello della tesoreria comunale tramite persona delegata al ritiro Sig./Sig.ra _____ , residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____ Codice fiscale _____ recapito telefonico _____ ;

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 <http://www.comune.iseo.bs.it>

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 _____

SOTTOSCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE

- La presente dichiarazione è resa nell'interesse del soggetto che si trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio o, in mancanza di questo, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante (barrare la casella se ricorre il caso);
- La presente dichiarazione è resa in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale (barrare la casella se ricorre il caso);

Se ricorre uno dei casi suddetti, ogni riferimento al "dichiarante", è da intendersi come riferimento al soggetto impedito o incapace nell'interesse o per conto del quale è redatta la dichiarazione.

INDICARE I DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CHE DICHIARA NELL'INTERESSE DEL SOGGETTO IMPEDITO O IN NOME E PER CONTO DEL SOGGETTO INCAPACE

Cognome _____ Nome _____

Grado di parentela o relazione con l'interessato _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Comune di residenza _____ Prov. _____

Indirizzo _____ n. _____ Cap. _____

Recapito telefonico _____

documento di riconoscimento _____ n. _____

C.F. _____

(allegare fotocopia carta d'identità e codice fiscale)

Luogo e data

In fede

Allegati: - Copia verbale d'invalidità civile al 100% e/o certificazione disabilità grave ai sensi dell'art.3 com. 3 L.104/92 (**CONTENENTE L'INDICAZIONE DELLA DIAGNOSI**);
- Attestazione ISEE, ai sensi del DPCM 159/2013;
- **Fotocopia della carta d'identità in corso di validità e del codice fiscale sia del beneficiario che del richiedente qualora persona diversa dal beneficiario;**

PARTE RISERVATA AL COMUNE

PUNTEGGIO COMPLESSIVO VALUTAZIONE ADL (6 PUNTI) + VALUTAZIONE IADL (8 PUNTI)	(max 14 punti)
ISEE POSSEDUTO	
REDAZIONE PROGETTO INDIVIDUALE	