



AMBITO DISTRETTUALE N. 5
Comuni di Corte Franca, Iseo, Marone, Monte Isola,
Monticelli Brusati, Paderno Franciacorta, Paratico,
Passirano, Provaglio d'Iseo, Sale Marasino, Sulzano e Zone

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE PER L'ACCESSO AGLI INTERVENTI
INTEGRATIVI SOCIALI (ASSISTENZA DOMICILIARE TUTELARE E RICOVERI
DI SOLLIEVO) A FAVORE DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI E DELLE
PERSONE CON DISABILITA' GRAVE ASSISTITI A DOMICILIO AI SENSI
DELLA D.G.R 1669/2023 e s.m.i.**

ANNO 2024

Periodo 01.07.2024/30.06.2025

| |
|--|
| 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

_____ mail _____

CHIEDE

L'assegnazione del Voucher sociale integrativo per il periodo 01.07.2024/30.06.2025
per:

- l'attivazione degli interventi di assistenza domiciliare tutelare;
- l'assegnazione di un contributo in conto retta per il ricovero di sollievo/temporaneo in struttura residenziale;

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art 76 del D.P.R n. 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

- di non essere in accoglienza definitiva presso unità di offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. RSA, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
- di non essere in ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- di non beneficiare di un contributo da risorse progetti di vita indipendente – PRO.VI – per onere assistente personale regolarmente impiegato;
- di non essere preso/a in carico con Misura RSA Aperta di cui alla D.G.R 7769/2019;
- di non essere beneficiario della Misura B1;
- di non essere beneficiario del Voucher anziani e disabili (ex D.G.R n. 7487/2027 e D.G.R n. 2564/2019);
- di non beneficiare della misura Home Care Premium/INPS HCP con la prestazione prevalente;
- di non aver presentato domanda/beneficiario degli Interventi integrativi sociali – Minori (socio educativa in contesti socializzanti), dell'Assegno per l'autonomia e del buono Assistenza continuativa al domicilio da parte dell'assistente familiare con regolare contratto;
- di fruire del seguente servizio diurno (tipologia..... Ente gestore.....)
- di aver presentato domanda/beneficiario del buono mensile caregiver;

- di essere in condizione di gravità ai sensi dell'art. 3,3 comma, legge n.104/92, come da verbale n° _____, in data _____, **di cui allego copia con indicazione della diagnosi;**
- di essere beneficiario/a dell'indennità di accompagnamento come verbale n° _____, in data _____, **di cui allego copia;**
- che le persone inserite nel proprio stato di famiglia e che il reddito lordo percepito sono indicati nell'autodichiarazione per il rilascio dell'attestazione ISEE, **di cui allego copia** (attestazione n° _____ del _____);

Di impegnarsi a comunicare, direttamente o mediante un familiare:

1. eventuale ricovero in istituto di riabilitazione o in struttura residenziale;
2. eventuali altri motivi che facciano venire meno la necessità di cure domiciliari o il diritto alla concessione del buono;

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 emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il/la sottoscritto/a decade dei benefici ottenuti

Di scegliere, ai fini dell'accreditamento dell'eventuale contributo in conto retta per il ricovero temporaneo in struttura residenziale una delle seguenti opzioni di pagamento:
(Da compilare solo in caso di richiesta)

○ **DIRETTAMENTE su PROPRIO CONTO CORRENTE BANCARIO/POSTALE**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| INTESTATARIO E COINTESTATARIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CODICE IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I | T | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

○ **DIRETTAMENTE su CONTO CORRENTE BANCARIO/POSTALE DEL MIO FAMILIARE CHE AUTORIZZO ALLA RISCOSSIONE PER MIO CONTO**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|
| INTESTATARIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cognome _____ | | | | | | | | | | | Nome _____ | | | | | | | | | | |
| Nato/a a _____ | | | | | | | | | | | il _____ | | | | | | | | | | |
| Residente a _____ | | | | | | | | | | | prov. _____ | | | | | CAP _____ | | | | | |
| Indirizzo e n. civico _____ | | | | | | | | | | | Tel. _____ | | | | | | | | | | |
| Codice fiscale _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CODICE IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I | T | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Luogo e data

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 suddetti casi, 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**

INTESTATARIO

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ prov. _____ CAP _____

Indirizzo e n. civico _____ telefono _____

Codice fiscale _____

Luogo e data

In fede

Ai sensi del R.ue 2016/679 (Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali) il Comune di Iseo, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, desidera informarLa che i suoi dati, verranno gestiti nel completo rispetto dei principi dettati dal Regolamento in materia di protezione dei dati personali.

L'informativa completa è disponibile presso gli uffici o sul sito internet del Comune www.comune.iseo.bs.it.

La informiamo di quanto segue: il trattamento è indispensabile ai fini dell'accesso al beneficio; il trattamento è realizzato da personale del Comune di residenza e dell'Ufficio di Piano dell'Ambito distrettuale Sebino n.5, anche con l'ausilio di mezzi informatici. Preso atto dell'informativa di cui sopra, il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali che lo/a riguardano, funzionale agli scopi per il quale è posto in essere.

Firma del Richiedente

TIPOLOGIA DI INTERVENTO INTEGRATIVO RICHIESTO- VOUCHER TUTELARE per:

- Ricovero di Sollievo**, presso la Struttura*: _____

Sita in _____ Via _____

(*La struttura deve essere in possesso di autorizzazione e accreditamento da parte di Regione Lombardia)

Periodo ricovero programmato: dal _____ al _____

- Assistenza Tutelare (SAD)** per coloro che non fruiscono di servizi diurni

N° ore mensili previste _____ Costo orario _____

- Assistenza Tutelare (SAD)** per coloro che fruiscono di servizi diurni

N° ore mensili previste _____ Costo orario _____

Si specifica che il servizio di assistenza tutelare, non permette il cumulo di ore inutilizzate durante la mensilità. Il monte ore mensile deve rispettare la cifra totale richiesta al momento dell'attivazione.

Si darà priorità all'attivazione di interventi integrativi a chi non fruisce dei servizi diurni.