

Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

Distretto n°7

COMUNI DI CASTELCOVATI, CASTREZZATO, CAZZAGO S/M, CHIARI, COCCAGLIO, COMEZZANO-CIZZAGO,
ROCCAFRANCA, ROVATO, RUDIANO, TRENZANO, URAGO D'OGLIO

NON COMPILARE - RISERVATO AL COMUNE

Data di Presentazione N. Domanda

SPETT.LE COMUNE DI _____

**DOMANDA BUONO A SOSTEGNO DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE / ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITI AL
PROPRIO DOMICILIO**

DA PARTE DI ASSISTENTE PERSONALE – ANNO 2021

(AI SENSI DELLA DGR N° XI/4138/2020)

Il/la sottoscritto/a.....

Codice fiscale.....

nato/a a.....prov.....il.....

residente in.....(c.a.p.).....

Via/Piazza.....n°.....

telefono.....email.....

CHIEDE

per se stesso

per Il/la Sig/ra.....

Codice fiscale.....

nato/a a.....prov.....il.....

residente in.....(c.a.p.).....

Via/Piazza.....n°.....

telefono.....email.....

Di usufruire del Buono a sostegno di persone con disabilità grave / anziani non autosufficienti assistiti al proprio domicilio da parte di assistente personale – anno 2021

A tal fine, consapevole delle sanzioni civili e penali a cui incorre in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più corrispondenti a verità, giusto il disposto dell'art. 26 della legge n°15/68,

DICHIARA

A) che il proprio nucleo familiare, come definito dallo Stato di famiglia, è formato dalle seguenti persone:

Cognome e nome	rapporto di parentela con il richiedente
.....
.....
.....
.....
.....

Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

- B) di avere un ISEE sociosanitario non superiore ad euro 25.000
SI NO
- C) che l' ISEE sociosanitario in mio possesso ha un valore di euro.....
- D) di possedere certificazione di disabilità grave ai sensi della l. 104, art. 3, comma 1 e 3. o certificazione di invalidità al 100% con indennità di accompagnamento
SI NO
- E) di essere assistito presso il proprio domicilio da parte di un assistente familiare assunto con regolare contratto di lavoro, stipulato da parte dell'anziano oppure di un suo familiare
SI NO
- F) che tale contratto è (barrare la voce relativa alla tipologia di contratto in essere):
 contratto di assunzione a tempo pieno
 contratto di assunzione a tempo part time
- G) Di essere in possesso di un indice di fragilità sociale che evidenzi il grado di dipendenza nelle attività di vita quotidiana (ADL) e delle attività strumentali alla vita quotidiana (IADL) (a cura del servizio sociale)
SI NO
- H) Di essere stato beneficiario della Misura B2 anno 2020
SI NO
- I) Di NON usufruire di nessuna delle seguenti misure (incompatibili ai sensi della dgr XI/4138/2020):
- accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
 - Misura B1;
 - contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale assunto;
 - ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
 - ricovero in riabilitazione/Sub acute/Cure intermedie/Post acuta;
 - presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018
 - Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015.
- L) di essere consapevole che, a seguito della definizione della graduatoria, per gli aventi diritto, il servizio sociale comunale redigerà il PI (progetto individualizzato), parte integrante della documentazione da allegare alla domanda e presupposto perchè possa essere erogato il buono sociale. Tale documento dovrà essere sottoscritto dal servizio sociale comunale e dall'utente stesso beneficiario del buono sociale.
- M) Di voler riscuotere il buono sociale tramite:
- accredito sul **conto corrente bancario a me intestato o cointestato (NO libretto postale)**
 - riscossione in contanti
 - riscossione in contanti da parte del delegato

Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

si delega alla riscossione:

PARTE OBBLIGATORIA DA COMPILARE

ANCHE SE NEL PUNTO M VIENE SCELTA ALTRA MODALITA' DI EROGAZIONE

(tale delega verrà utilizzata in sostituzione dell' accreditato sul CC indicato, in caso di chiusura) :

il/la sig/ra.....
nato/a ail.....
residente acap.....
in via
codice fiscale
telefono
email.....

La presente delega se non revocata ha durata illimitata

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni relative al ricovero in Istituto (RSA), ai cambiamenti anagrafici ed ogni altro evento che modifichi le dichiarazioni rese.

Data

FIRMA

.....

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

- 1- fotocopia codice fiscale del richiedente;
- 2- fotocopia carta d'identità del richiedente;
- 3- fotocopia codice fiscale del beneficiario (se diverso dal richiedente);
- 4- fotocopia carta d' identità del beneficiario (se diverso dal richiedente);
- 5- copia certificazione di disabilità grave l. 104 art. 3 comma 1 e 3 o invalidità al 100% con indennità di accompagnamento (CONTENENTE L' INDICAZIONE DELLA DIAGNOSI);
- 6- copia del contratto di assunzione dell' assistente familiare;
- 7- copia attestazione isee sociosanitario in corso di validità (ai sensi del DPCM 159/2013);
- 8- copia delle coordinate bancarie/postali rilasciata dall'istituto di credito ai fini dell'accredito del buono sociale (No libretto postale);
- 9- ADL/IADL a cura del servizio sociale;
- 10- carta d' identità a codice fiscale del delegato (se diverso dal richiedente)

3

Settore 3 Sociale

Area Piano di Zona– Legge 328/00

Responsabile dott.ssa Rosa Simoni

c/o Servizi Sociali Piazza Martiri della libertà, 26 - Comune di Chiari

tel. 030 7008254 - fax 030 7008258

e-mail: upservizisociali@comune.chiari.brescia.it

Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

DICHIARAZIONE DI NON RICHIESTA MISURA B1

Io sottoscritto.....

**Dichiaro
di non aver presentato**

- per me stesso
- per il/la Sig./ra.....

domanda Misura B1

di essere consapevole che il Buono sociale in oggetto è incompatibile con un altro intervento relativo alla XI/4138/2020, Misura B2

e di informare tempestivamente il Servizio sociale del Comune di residenza, nel caso di presentazione di domanda e riconoscimento del beneficio della misura B1

FIRMA

.....

Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00



COMUNE DI CHIARI
Provincia di Brescia

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 Chiari 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 Chiari. 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 www.comune.chiari.brescia.it.

Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ente è il seguente soggetto:

DPO	P.IVA	Via/Piazza	CAP	Comune	Nominativo DPO Incaricato
SI.NET Servizi Informatici s.r.l.	02743730125	Corso Magenta, 46	20123	Milano	Dott.Paolo Tiberi

Il Data Protection Officer è reperibile presso la sede municipale del Comune di Chiari in P.zza Martiri della Libertà, 26 – 25032 CHIARI (BS). In caso di istanze/comunicazioni scritte da inviarsi in modalità digitale il Data Protection Officer può essere contattato tramite il recapito istituzionale dpo@comune.chiari.brescia.it oppure comunedichiari@legalmail.it (se viene utilizzata la posta elettronica certificata).

DATA,

FIRMA

5

Settore 3 Sociale

Area Piano di Zona– Legge 328/00

Responsabile dott.ssa Rosa Simoni

c/o Servizi Sociali Piazza Martiri della libertà, 26 - Comune di Chiari

tel. 030 7008254 - fax 030 7008258

e-mail: upservizisociali@comune.chiari.brescia.it

Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

6

Settore 3 Sociale

Area Piano di Zona– Legge 328/00

Responsabile dott.ssa Rosa Simoni

c/o Servizi Sociali Piazza Martiri della libertà, 26 - Comune di Chiari

tel. 030 7008254 - fax 030 7008258

e-mail: upservizisociali@comune.chiari.brescia.it