

MODULO PER LA RICHIESTA DI BUONO SOCIALE MISURA B2 ANNO 2019

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ Prov. _____ il _____
residente in via _____ Comune di _____
C.A.P. _____ Prov. _____ Tel. _____

(compilare solo se il beneficiario coincide con il sottoscrittore)

Codice Fiscale _____

Eventuale domicilio se diverso dalla residenza _____

IN QUALITÀ DI

diretto interessato Tutore / curatore / amministratore di sostegno
caregiver (indicare il rapporto di parentela con il beneficiario) _____

RICHIEDE

di poter usufruire del seguente buono sociale a sostegno di:

- PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE O COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA (così come definite nella DGR n. 1253/2019)
 - ANZIANI (over 65 anni)
 - DISABILI ADULTI (da 18 a 64 anni)
 - MINORI
- PERSONE CON DISABILITÀ FISICO-MOTORIA GRAVE O GRAVISSIMA (ai sensi della DGR n. 1253/2019) con capacità di esprimere la propria volontà, di età compresa tra i 18 e i 64 anni, per sostenere PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE

a favore di: _____

(Compilare solo se il beneficiario non coincide con il sottoscrittore)

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____ residente in via _____
Comune di _____ C.A.P. _____ Prov. _____ Tel. _____
Codice Fiscale _____

Eventuale domicilio se diverso dalla residenza _____

SI IMPEGNA

a collaborare con il Servizio sia nella fase di valutazione che di realizzazione di quanto richiesto.

DICHIARA

che il destinatario del buono sociale:

- è residente in uno dei comuni dell'Ambito Alto Sebino;
- se cittadino extracomunitario, è in possesso di permesso di soggiorno della durata pari o superiore ad un anno, in corso di validità;
- è in condizione di disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza così come previsto dalla DGR n. 1253/2019 poiché:
 - beneficiario di indennità di accompagnamento di cui alla L. 18/1980¹
 - in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992²

¹ Allegare verbale di invalidità ove si evinca riconoscimento indennità di accompagnamento

- in attesa di definizione dell'accertamento della L. 104/1992 con istanza presentata all'INPS in data _____³
- è in possesso di certificazione ISEE _____ in corso di validità pari a € _____ (allegare copia Attestazione I.S.E.E. e DSU)⁴;
- non è percettore di voucher anziani e disabili ex DGR 7487/2017 (Reddito di Autonomia);
- non è percettore di Misura B1;
- percepisce la Misura B1 ed è persona con disabilità fisico- motoria grave o gravissima, ai sensi della DGR n. 1253/2019, con capacità di esprimere la propria volontà, di età compresa tra i 18 e i 64 anni, che chiede Buoni per sostenere PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE;
- non è percettore di Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015;
- E' BENEFICIARIO/ NON E' BENEFICIARIO alla data di presentazione della domanda della misura "RSA Aperta" (ex DGR 7769/2018) o interventi o di sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti pubblici o privati o da Enti previdenziali (es. INPS/Home Care Premium);
- non è ricoverato in una struttura residenziale socio-sanitaria o socio-assistenziale a ciclo continuo, ad eccezione dei progetti di inserimento temporaneo con finalità di sollevamento;
- E'/ NON E' inserito in unità d'offerta semiresidenziali sociosanitarie o sociali con rette agevolate a carico del beneficiario (a titolo esemplificativo CDD, CSE, SFA con voucher di Ambito)

che il destinatario del buono sociale o il sottoscrittore della domanda:

- è disposto a presentare all'assistente sociale tutta la documentazione richiesta per poter svolgere la valutazione sociale prevista, a collaborare con il servizio sociale nella costruzione del progetto personalizzato ed a rispettare gli impegni previsti dal progetto medesimo;
- è consapevole che la non osservanza degli impegni assunti con il servizio sociale di riferimento comporterà l'immediata sospensione del buono stesso;
- è consapevole che il riscontro negativo, in merito al rispetto dei progetti predisposti per l'erogazione dei buoni sociali in precedenti bandi o di altri progetti concordati con il servizio sociale comunale o di Ambito, comporterà una valutazione negativa della domanda;
- è stato informato che le domande verranno accettate previa verifica dei requisiti e liquidate sino ad esaurimento dei fondi disponibili;
- è consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia;
- è a conoscenza che l'Ente potrà avvalersi della facoltà di sottoporre a controllo le pratiche ammesse al contributo economico, avvalendosi anche dell'ausilio della Guardia di Finanza. Qualora siano state rilevate irregolarità non sanabili nelle dichiarazioni rese, gli uffici competenti provvederanno ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000 a dichiarare la decadenza del soggetto dal contributo indebitamente ottenuto, provvedendo al recupero della somma erogata e all'adozione dell'ordinanza di ingiunzione per la violazione dell'articolo 316 ter c.p., nonché il diritto all'introito di tali sanzioni.

² Allegare verbale di riconoscimento L. 104/1992 art. 3 comma 3. In attesa della definizione dell'accertamento della L. 104/1992, l'istanza può essere comunque presentata.

³ In attesa della definizione dell'accertamento della L. 104/1992, l'istanza può essere comunque presentata ma serve allegare alla presente domanda certificazione o autocertificazione di avvenuta presentazione dell'istanza per il riconoscimento della L. 104/1992

⁴

TIPOLOGIA DI BUONO RICHIESTO	ISEE NECESSARIO
Persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza (così come definite nella DGR 1253/2019)	Se maggiorenni: ISEE sociosanitario; Se minorenni: ISEE minorenni
Persone con disabilità fisico-motoria grave o gravissima (ai sensi della DGR n. 7856/2018) con capacità di esprimere la propria volontà, di età compresa tra i 18 e i 64 anni, per sostenere progetti di vita indipendente	ISEE sociosanitario

Modalità di liquidazione del contributo economico

Il richiedente dichiara di:

autorizzare l'accredito del beneficio sul contro corrente bancario o postale intestato a:

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____ residente a _____

in Via _____

tel. _____ C.F. _____

Presso (indicare la banca o l'ufficio postale) _____

filiale/sede di _____

IBAN _____

chiedere quietanza di pagamento intestata a:

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____ residente a _____

in Via _____ tel. _____

C.F. _____

Luogo e data

Firma

Allegati:

- Copia della carta di identità del richiedente e della persona non autosufficiente con grave o gravissima disabilità;
- Se il destinatario del buono è cittadino extracomunitario allegare copia del permesso di soggiorno in corso di validità;
- Verbale di invalidità ove si evinca riconoscimento indennità di accompagnamento o verbale di riconoscimento L. 104/1992 art. 3 comma 3. In attesa della definizione dell'accertamento della L. 104/1992 autocertificazione di presentazione dell'istanza per il riconoscimento della L. 104/1992;
- DSU e certificazione ISEE attinente alla tipologia di Buono richiesto in corso di validità;
- Qualora il buono venisse richiesto per compensare le prestazioni di assistente familiare impiegato con regolare contratto: contratto di assunzione dell'assistente familiare e le ultime 3 buste paga;
- In caso di riconoscimento di buono sociale in precedenti bandi: ricevuta/e comprovante/i l'utilizzo conforme a quanto indicato nel progetto concordato con l'assistente sociale competente del buono sociale riconosciuto,
- Ogni altra documentazione ritenuta utile per poter svolgere la valutazione sociale prevista e per predisporre il progetto con il servizio sociale.