versione 1.0 del 14/02/2023

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Amministrazione destinataria  Ufficio destinatario |  |

Domanda di ammissione ai servizi

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Il sottoscritto** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Cognome** | | | | | | | **Nome** | | | **Codice Fiscale** | | | | | |
|  | | | | | | |  | | |  | | | | | |
| **Data di nascita** | | | | **Sesso** | | **Luogo di nascita** | | | | **Cittadinanza** | | | | | |
|  | | | |  | |  | | | |  | | | | | |
| **Residenza** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Provincia** | | **Comune** | | | | | **Indirizzo** | | **Civico** | **Barrato** | **Scala** | | **Interno** | **SNC** | **CAP** |
|  | |  | | | | |  | |  |  |  | |  |  |  |
| **Telefono cellulare** | | | | **Telefono fisso** | | | **Posta elettronica ordinaria** | | | **Posta elettronica certificata** | | | | | |
|  | | | |  | | |  | | |  | | | | | |
| **Tessera sanitaria** | | | | | **Medico di base** | | | **Esenzione ticket** | | | | **Stato civile** | | | |
|  | | | | |  | | |  | | | |  | | | |
| **Soggetto interessato** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | per se stesso | | | | | | | | | | | | | | |
|  | per il seguente familiare o tutelato | | | | | | | | | | | | | | |
| **Cognome** | | | | | | **Nome** | | | **Codice Fiscale** | | | | | |
|  | | | | | |  | | |  | | | | | |
| **Sesso** | | **Data di nascita** | | | | **Luogo di nascita** | | | **Cittadinanza** | | | | | |
|  | |  | | | |  | | |  | | | | | |
| **In qualità di (\*)** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |

*In qualità di (\*)*:

amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

# CHIEDE

di poter usufruire del seguente servizio o contributo economico

|  |  |
| --- | --- |
| *ACCESSO ALLA MISURA B2 – ANNUALITA' 2025* | |
|  | **NUOVA ISTANZA** |
|  | **PROSECUZIONE DELLA PRESA IN CARICO** |

Avvalendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**CHIEDE**

che venga erogato un contributo a favore del beneficiario per la seguente misura:

* Buono sociale Caregiver Familiare
* Buono sociale Assistente Familiare professionale
* Assegno di autonomia
* Voucher sociale minori
* Voucher sociale adulti
* Voucher sociale anziani

# DICHIARA

* di impegnarsi a collaborare con il servizio sia nella fase di valutazione che di realizzazione di quanto richiesto;
* di impegnarsi a predisporre comunicazione formale in caso di interruzione del servizio o sospensione del progetto per motivazione specifica;
* di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni cambio di residenza;
* di aver preso visione del BANDO PER L’EROGAZIONE DI BUONI SOCIALI IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA’ GRAVE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA ANNO 2025 dell’Ambito Alto Sebino;
* di possedere tutti i requisiti necessari per l’accesso alla misura e di non trovarsi in nessuna condizione di incompatibilità.

Che il BENEFICIARIO possiede i seguenti requisiti di ammissione:

* condizione di gravità così come accertata ai sensi dell’art. 3, comma 3 della legge 104/1992 ovvero beneficiare dell’indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988;
* limitata o assente autonomia motoria nello svolgimento delle attività della vita quotidiana e fragilità sociale.
* che il valore dell’ISEE DEL BENEFICIARIO in corso di validità è inferiore a € 40.000 per minori (ISEE ordinario) ed inferiore ad € 25.000 per adulti (ISEE sociosanitario)

SPECIFICARE VALORE ISEE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (dato obbligatorio)

INDICARE NUMERO PROTOCOLLO DSU/ISEE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (dato obbligatorio).

Precisa altresì:

* Di non frequentare Unità di Offerta semiresidenziali;
* Di frequentare Unità di Offerta semiresidenziali per numero ore settimanali: \_\_\_\_\_\_\_ (indicare numero di ore);

**INDICA COME CAREGIVER FAMILIARE DEL DESTINATARIO DELLA MISURA B2** da indicare nel Progetto di Vita Individuale Personalizzato e Partecipato perché coinvolto attivamente nell’attuazione dei Piani di Assistenza

il sig. (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di (indicare rapporto di parentela) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale (vedi allegato)

**MODALITA’ DI EROGAZIONE DEL BUONO (solo in caso di BUONO)**

* In caso di ammissione il beneficio economico è da erogare su conto corrente bancario/postale intestato o cointestato al Beneficiario:

### NOME E COGNOME INTESTATARIO CONTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### DENOMINAZIONE ISTITUTO DI CREDITO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN: allegare copia estremi da CC

|  |  |
| --- | --- |
| **Elenco degli allegati**  (barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale) | |
|  | * Copia della carta di identità e del codice fiscale del richiedente, * Copia della carta di identità e del codice fiscale della persona non autosufficiente con grave o gravissima disabilità, * Copia della carta di identità e del codice fiscale del caregiver principale indicato nella richiesta; * Se il destinatario del buono è cittadino extracomunitario allegare copia del permesso di soggiorno in corso di validità; * Attestazione ISEE attinente alla tipologia di beneficio richiesto in corso di validità; |
|  | altri allegati (specificare)   * Qualora la domanda non sia continuità con la misura B2 anno 2024: 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; * 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 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Informativa sul trattamento dei dati personali**  (ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196) | |
|  | dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Luogo | Data | Il dichiarante |