



Sede legale: via del Cantiere n. 4 - 24065 Lovere (Bg)  
CF 90029430163 PI 03606190167

Sede operativa dell'Ambito del Basso Sebino:  
via Roma, n. 35 - 24060 Villongo (Bg)  
Tel. 035/927031 - Fax 035/927676  
mail: francesca.bianchi@cmlaghi.bg.it

**MODULO PER LA RICHIESTA BUONO  
FONDO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER  
FAMILIARE – DGR XI/6576 DEL 30/06/2022  
Anno 2022**

Il sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di caregiver familiare

Del/la sig./ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Indicare eventuale domicilio se diverso dalla residenza: \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_ Medico di Base \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Invalidità \_\_\_\_\_%  con accompagnamento  senza accompagnamento;

Certificazione L. 104 (indicare esito: articolo e comma) \_\_\_\_\_

Esenzione ticket \_\_\_\_\_



*Sede legale: via del Cantiere n. 4 - 24065 Lovere (Bg)*  
*CF 90029430163 PI 03606190167*

**Sede operativa dell'Ambito del Basso Sebino:**  
**via Roma, n. 35 - 24060 Villongo (Bg)**  
**Tel. 035/927031 - Fax 035/927676**  
**mail: francesca.bianchi@cmlaghi.bg.it**

Diagnosi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **ISEE**

- ordinario
- sociosanitario: beneficiario, coniuge, figli minorenni, figli maggiorenni se a carico
- sociosanitario: solo beneficiario maggiorenne (caso di persona non coniugata e senza figli che vive con i genitori o con altri parenti o con altre persone)
- sociosanitario: genitori del beneficiario minorenni anche se non coniugati e non conviventi

Valore ISEE: € \_\_\_\_\_

### **RICHIEDE**

l'erogazione del seguente buono sociale

- Interventi residenziali di sollievo: intervento di carattere economico a concorso delle spese sostenute per la retta per ricoveri di sollievo temporanei presso unità di offerta sociosanitarie. Rimborso una tantum fino a un massimo di € 400,00. Sostegno riconosciuto una sola volta all'anno. Intervento compatibile con gli strumenti della misura B2. Contributo erogato in seguito a presentazione delle spese sostenute.
- Interventi di valorizzazione del ruolo del caregiver familiare. Assegno una tantum pari a € 400,00 a favore del caregiver familiare. Intervento NON compatibile con gli strumenti della misura B2.

IBAN sul quale accreditare il buono (allegare copia):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La domanda potrà riguardare la richiesta di servizi solo per l'anno solare in cui viene presentata. Ogni anno, pertanto, il beneficiario dovrà ripresentare la domanda di voucher correlata di attestazione ISEE. Su tale certificazione verrà calcolata la quota di compartecipazione al servizio per l'intero anno.



**COMUNITA' MONTANA**  
**dei LAGHI BERGAMASCHI**



**Ufficio Sociale Basso Sebino**

*Sede legale: via del Cantiere n. 4 - 24065 Lovere (Bg)*  
*CF 90029430163 PI 03606190167*

**Sede operativa dell'Ambito del Basso Sebino:**  
**via Roma, n. 35 - 24060 Villongo (Bg)**  
**Tel. 035/927031 - Fax 035/927676**  
**mail: francesca.bianchi@cmlaghi.bg.it**

A tal fine, avvalendosi della facoltà concessa degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità.

### **DICHIARA**

- di essere a conoscenza che, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 1, si procederà ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 3, il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti.

Luogo e data .....

Firma .....

#### **ALLEGATI ALLA DOMANDA:**

- INFORMATIVA PRIVACY SOTTOSCRITTA;
- SCHEDE ADL/ IADL debitamente compilate;
- SCHEDE DI VALUTAZIONE SOCIALE debitamente compilate;
- ATTESTAZIONE ISEE in corso di valore;
- VERBALE INVALIDITA' E LEGGE 104;
- COPIA CARTA IDENTITA' DEL DICHIARANTE;
- COPIA CARTA IDENTITA' DELLA PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE.

**NB: Non si accettano domande parzialmente compilate e non complete della documentazione**