

	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											
<input type="radio"/> per se stesso											
<input type="radio"/> 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

<input type="radio"/>	voucher sociale
<input type="radio"/>	servizi per la domiciliarità
<input type="radio"/>	servizio di formazione all'autonomia (SFA)
<input type="radio"/>	tirocinio d'inclusione sociale (TIS)
<input type="radio"/>	assistenza educativa scolastica (AES)
<input type="radio"/>	centro diurno (CDD)
<input type="radio"/>	centro sociale educativo (CSE)
<input type="radio"/>	telesoccorso
<input type="radio"/>	telefonata sociale
<input type="radio"/>	ricovero temporaneo in RSA
<input checked="" type="radio"/>	altro (specificare) ACCESSO ALLA MISURA B2 ANNUALITA' 2023

Valendosi 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,

DICHIARA

di impegnarsi a collaborare con il servizio sia nella fase di valutazione che di realizzazione di quanto richiesto
 di impegnarsi al pagamento, dove previsto, delle quote per la fruizione del servizio
 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

Eventuali annotazioni	
DICHIARA CHE IL DESTINATARIO DELLA MISURA B2	
<input type="checkbox"/>	è residente in uno dei comuni dell'Ambito Alto Sebino;
<input type="checkbox"/>	se cittadino extracomunitario, è in possesso di permesso di soggiorno della durata pari o superiore ad un anno, in corso di validità;
<input type="checkbox"/>	è in condizione di disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza così come previsto dalla normativa di riferimento poiché:
<input type="checkbox"/>	beneficiario di indennità di accompagnamento di cui alla L. 18/1980
<input type="checkbox"/>	in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992
<input type="checkbox"/>	in attesa di definizione dell'accertamento della L. 104/1992 con istanza presentata all'INPS in data
<input type="checkbox"/>	è in possesso di certificazione ISEE <input type="checkbox"/> sociosanitario <input type="checkbox"/> ordinario ¹ in corso di validità pari a €
<input type="checkbox"/>	non è percettore di voucher anziani e disabili ex DGR n. 7487/2017 e DGR n. 2564/2019;
<input type="checkbox"/>	non è percettore di accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
<input type="checkbox"/>	non è percettore di Misura B1;
<input type="checkbox"/>	non è percettore di contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato;
<input type="checkbox"/>	non è percettore di ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
<input type="checkbox"/>	non è percettore di presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;
<input type="checkbox"/>	non è percettore di Home Care Premium/INPS HCP;
<input type="checkbox"/>	E'/NON E' (cancellare se non interessa) percettore di "Bonus per assistente familiare" iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015. In caso affermativo la somma degli importi riconosciuti per il personale di assistenza regolarmente impiegato è pari ad € _____ (si ricorda che tale somma non può eccedere l'importo totale dei costi sostenuti per la relativa remunerazione);
<input type="checkbox"/>	E'/NON E' (cancellare se non interessa) percettore di sostegni DOPO DI NOI. In caso affermativo la somma degli importi riconosciuti con le diverse misure per il personale di assistenza regolarmente impiegato è pari ad € _____ (si ricorda che tale somma non può eccedere l'importo totale dei costi sostenuti per la relativa remunerazione);
<input type="checkbox"/>	NON BENEFICIA/ BENEFICIA (cancellare se non interessa) di interventi o di sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti pubblici o privati o da Enti previdenziali
<input type="checkbox"/>	Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex. L.r. 15/2015;
<input type="checkbox"/>	interventi di assistenza domiciliare (SAD, interventi generici, interventi educativi) per un monte ore settimanale medio pari o superiore alle n. 4 ore;
<input type="checkbox"/>	progetti sociooccupazionali (TIS/TRR/AL);
<input type="checkbox"/>	Altro (precisare).....
<input type="checkbox"/>	E' ISCRITTO/ NON E' ISCRITTO (cancellare se non interessa) ad unità d'offerta semiresidenziali sociosanitarie o sociali con quote o integrazioni rette a carico dei Comuni dell'Ambito o a carico dell'Ambito medesimo (a titolo esemplificativo CDD, CSE, SFA con voucher di Ambito)
DICHIARA CHE IL DESTINATARIO DELLA MISURA B2 O IL SOTTOSCRITTORE DELLA DOMANDA:	
<input type="checkbox"/>	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;
<input type="checkbox"/>	è consapevole che la non osservanza degli impegni assunti con il servizio sociale di riferimento comporterà l'immediata sospensione del buono stesso;
<input type="checkbox"/>	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

RICHIEDENTE	ISEE NECESSARIO
Persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza (così come definite nella normativa di riferimento)	Se maggiorenni: ISEE sociosanitario; Se minorenni: ISEE ordinario
Persone con disabilità fisico-motoria grave o gravissima (ai sensi della DGR n. 2862/2020) 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

- 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;

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)

MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DELL'EVENTUALE CONTRIBUTO ECONOMICO (BUONO SOCIALE MISURA B2)

accredito del beneficio sul conto corrente bancario o postale intestato a o cointestato al possibile beneficiario:

Cognome Nome

nato a il residente a

in Via

Presso (indicare la banca o l'ufficio postale)

filiale/sede di IBAN allegare copia estremi da c/c

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati** (specificare)
 - 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;
 - 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

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