NON COMPILARE - RISERVATO AL COMUNE

Data di Presentazione ………….………………………….. N. Domanda …………………………………………

SPETT.LE COMUNE DI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DOMANDA BUONO SOCIALE ANNO 2025 A FAVORE DI**

**PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI A BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE E PERSONE CON DISABILITA’ E NECESSITA’ DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO ASSISTITI AL PROPRIO DOMICILIO DA ASSISTENTE PERSONALE**

**(AI SENSI DELLA DGR XII/3719/2024)**

Il/la sottoscritto/a……………………………………………………………………………………………………………..

Codice fiscale…………………………………………………………………………………………….………………….

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

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

Via/Piazza……………………………………………………………………………………………..n°…………………..

telefono……………………………………………………………………………………………………………………….

email…………………………………………………………………………………………………………………………..

**IN QUALITÀ DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO DI**

Nome…………………………………………………Cognome…………………………………………………………….

Codice fiscale…………………………………………………………………………………………….………………….

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

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

Via/Piazza……………………………………………………………………………………………..n°…………………..telefono………………………………………………..email……………………………………………………………….

**CHIEDE**

Di usufruire del Buono sociale anno 2025 a favore di persone anziane non autosufficienti a basso bisogno assistenziale e persone con disabilità e necessità di sostegno intensivo elevato assistiti al proprio domicilio da assistente personale (ai sensi della dgr XII/3719/2024).

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, ai sensi degli articoli 75-76 del D.P.R. 445/2000,

**DICHIARA CHE IL PROPRIO AMMINISTRATO**

1. che il nucleo familiare dell’amministrato, come definito dallo Stato di famiglia, è formato dalle seguenti persone:

|  |  |
| --- | --- |
|  Cognome e nome |  Rapporto di parentela con il richiedente |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

1. ha presentato la Dichiarazione Sostitutiva Unica con il seguente numero di protocollo

……………………………………

1. è in possesso di un ISEE sociosanitario non superiore ad euro 25.000

 □SI □NO

1. che l'ISEE sociosanitario in suo possesso ha un valore di euro………………………………………………
2. è in possesso di 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 o certificazione di persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato ai sensi del D.lgs 62/2024

□SI □NO

1. è assistito presso il proprio domicilio da parte di un assistente personale assunto con regolare contratto di lavoro, stipulato da parte dell’anziano oppure di un suo familiare

□SI □NO

1. 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
2. è 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
3. è stato beneficiario della Misura B2 anno 2023
□SI □NO
4. Di essere beneficiario della misura Dopo di Noi (se sì, specificare di quale intervento):

□SI …………………………………………......

□NO

1. NON usufruisce di nessuna delle seguenti misure (incompatibili ai sensi delle dgr XII/1669/2023 - XII/2033/2024 - XII/2166/2024):
* 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;
* Voucher anziani e disabili (ex Dgr n. 7487/2017 e Dgr n. 2564/2019);
* 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;
* presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018
* Home Care Premium/INPS HCP con la prestazione prevalente
1. è consapevole che, a seguito della definizione della graduatoria, verrà redatto il Progetto Individualizzato, presupposto perchè possa essere erogato il buono sociale. La valutazione è di carattere multidimensionale ed effettuata in modalità integrata con ASST. All’interno del Progetto Individualizzato sarà individuato il case-manager, ovvero il responsabile dell’attuazione del progetto. Il P.I. dovrà essere sottoscritto da un rappresentante del Comune/Ambito, da un rappresentante della ASST competente, dalla persona beneficiaria/famiglia o da chi eventualmente ne garantisce la protezione giuridica, dal responsabile del progetto (case manager).
2. vuol riscuotere il buono sociale tramite accredito sul conto corrente bancario a lui intestato o cointestato (NO libretto postale) di cui allego le coordinate.
3. In caso di chiusura del CC indicato, delego alla riscossione (parte obbligatoria - la presente delega se non revocata ha durata illimitata):

il/la sig/ra………………………………………………..…………………………………………………………………

nato/a a ………………………………………………….. …………………il……………………………………………

residente a ……...……………………………………………………………………cap……………………………..

in via ………………………………………………………………………………………………………………………..

codice fiscale ……………………………………...………………………………………………………………………..

telefono ……………………………………………………………………………………………………………………....

email…………………………………………………………………………………………………………………………..

1. di essere a conoscenza che l'Ambito potrà procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese.

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.

Il sottoscritto si impegna a presentare al servizio sociale del comune di residenza le attestazioni trimestrali dei versamenti contributivi relativi al periodo di erogazione del buono sociale.

Data ……………………

 FIRMA ………..…………………………………………….

**ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:**

* copia carta d’identità e codice fiscale del richiedente;
* copia carta d’identità e codice fiscale del beneficiario (se diverso dal richiedente);
* copia certificazione di gravità ai sensi della L. 104, art. 3 comma 3 o invalidità al 100% con indennità di accompagnamento di cui alla legge n.18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L.508/1988 o certificazione di persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato ai sensi del D.Lgs 62/2024 (CONTENENTE L' INDICAZIONE DELLA DIAGNOSI) (a cura del servizio sociale comunale di residenza);
* copia del contratto di assunzione dell’assistente personale (relative attestazioni trimestrali dei versamenti contributivi, relativi al periodo di erogazione del buono sociale, dovranno essere presentati al servizio sociale di residenza);
* copia attestazione ISEE sociosanitario in corso di validità compreso ISEE corrente laddove previsto dalla normativa (a cura del servizio sociale comunale di residenza);
* copia delle coordinate bancarie/postali di un conto intestato o cointestato al beneficiario rilasciata dall’istituto di credito ai fini dell’accredito del buono sociale (No libretto postale);
* ADL/IADL a cura del servizio sociale;
* Copia carta d’ identità e codice fiscale del delegato (se diverso dal richiedente);
* eventuale copia della sentenza della nomina dell’amministratore di sostegno del beneficiario;
* copia carta d’identità e codice fiscale dell’amministratore di sostegno;
* Informativa privacy compilata e sottoscritta da richiedere al servizio sociale comunale di residenza

**DICHIARAZIONE MISURA B1**

**Io sottoscritto……….……………………………..**

**Dichiaro**

**di essere consapevole che il Buono sociale in oggetto è incompatibile con un altro intervento relativo alla dgr XII/3719/2024 - Misura B1**

**e di informare tempestivamente il Servizio sociale del Comune di residenza** **in caso di riconoscimento del beneficio della misura B1**

 **FIRMA**

 **……………………………………………………………………………...**