

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE O ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITE A DOMICILIO DA UN CAREGIVER FAMILIARE O DA UN ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE ASSUNTO**

*(ai sensi delle DGR 2720/2019 – 2862/2020 – 3055/2020 di Regione Lombardia – MISURA B2)*

Al Comune di \_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE:**

Il/la sig./ra (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

In qualità di  beneficiario,  tutore,  curatore,  amministratore di sostegno  
 familiare (specificare \_\_\_\_\_),  altro (specificare \_\_\_\_\_)

Per conto del **BENEFICIARIO** sotto riportato (compilare solo se si tratta di persona diversa dal richiedente)

COGNOME _____	NOME _____
NATO/A A _____	PROV. _____ IL _____
RESIDENTE A _____	VIA _____ N° _____
PROV _____	TEL _____
CODICE FISCALE _____	

Visto il “Bando per l’assegnazione di buoni sociali mensili a favore di persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza assistiti al domicilio da un caregiver familiare o da un assistente familiare regolarmente assunto” *(ai sensi delle DGR 2720/2019 – 2862/2020 – 3055/2020 di Regione Lombardia – MISURA B2)*

**CHIEDE**

l'assegnazione del buono sociale (**barrare una delle due caselle**):

- FINALIZZATO A COMPENSARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ASSICURATE DAL CAREGIVER FAMILIARE**

**A FAVORE DI** (barrare la casella di interesse)

- DISABILE MINORE**  
 **DISABILE ADULTO**  
 **ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE (DAI 65 ANNI)**

NOME	e	COGNOME	DEL	CAREGIVER	FAMILIARE
_____					
GRADO	DI	PARENTELA	CON	IL	POSSIBILE BENEFICIARIO DEL
BUONO	_____				
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI ASSICURATE DAL CAREGIVER AL					
BENEFICIARIO _____					
_____					
_____					
_____					
_____					

- FINALIZZATO A COMPENSARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ASSICURATE DA UN ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE ASSUNTO**

(ASSUNTO DAL \_\_\_\_\_ PER N° ORE SETTIMANALI \_\_\_\_\_)

**A FAVORE DI** (barrare la casella di interesse)

- DISABILE MINORE**  
 **DISABILE ADULTO**  
 **ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE (DAI 65 ANNI)**

secondo quanto definito nel documento "Criteri per l'erogazione di buoni sociali mensili a favore di persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza assistiti al domicilio da un caregiver familiare o da un assistente familiare regolarmente assunto".

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità:

**DICHIARA**

**a) IN CASO DI MINORE DISABILE GRAVE (0-17 anni):**

- Che il/la minore indicato/a come beneficiario/a è in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 oppure beneficia dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988, come da certificazione allegata;
- Per il valore ISEE (barrare una delle opzioni seguenti):
  - o Che il valore ISEE **ordinario** in corso di validità è pari ad Euro \_\_\_\_\_ (indicare il n. protocollo INPS - ISEE \_\_\_\_\_);
  - o Che il valore ISEE **ordinario** – anno 2019 è pari ad Euro \_\_\_\_\_ (indicare il n. protocollo INPS - ISEE \_\_\_\_\_);
  - o Che, sulla base della simulazione ISEE effettuata dal sito dell'INPS il valore è pari ad Euro \_\_\_\_\_.

Si comunica che, per l'ultima opzione sopra riportata sarà necessario produrre la dichiarazione ISEE 2020 da integrare alla domanda entro il giorno 15/07/2020. Il contributo potrà essere riconosciuto solo a seguito del ricevimento dell'ISEE in corso di validità.

- Che il/la minore indicato/a come beneficiario/a
  - è in possesso dell'indennità di accompagnamento
  - NON** è in possesso dell'indennità di accompagnamento;
- Che il/la minore indicato/a come beneficiario/a **NON** è accolto/a in via definitiva presso Unità d'offerta sociale o sociosanitaria e/o **NON** frequenta unità d'offerta sociale o sociosanitaria semiresidenziale diurna per più di 18 ORE SETTIMANALI;
- Che il minore **NON** beneficia della Misura B1.

**b) IN CASO DI ADULTO DISABILE GRAVE (dai 18 ai 64 anni):**

- Che il/la sig./ra indicato/a come beneficiario/a è in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 oppure beneficia dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988, come da certificazione allegata;
- Per il valore ISEE (barrare una delle opzioni seguenti):
  - o Che il valore ISEE **sociosanitario** in corso di validità è pari ad Euro \_\_\_\_\_ (indicare il n. protocollo INPS - ISEE \_\_\_\_\_);
  - o Che il valore ISEE **sociosanitario** – anno 2019 è pari ad Euro \_\_\_\_\_ (indicare il n. protocollo INPS - ISEE \_\_\_\_\_);

- Che, sulla base della simulazione ISEE effettuata dal sito dell'INPS il valore è pari ad Euro \_\_\_\_\_.

Si comunica che, per l'ultima opzione sopra riportata sarà necessario produrre la dichiarazione ISEE 2020 da integrare alla domanda entro il giorno 15/07/2020. Il contributo potrà essere riconosciuto solo a seguito del ricevimento dell'ISEE in corso di validità.

- Che il/la sig./ra indicato/a come beneficiario/a
  - è in possesso dell'indennità di accompagnamento
  - NON** è in possesso dell'indennità di accompagnamento;
- Che il/la sig./ra indicato/a come beneficiario/a NON beneficia della Misura B1;
- Che il/la sig./ra indicato/a come beneficiario/a NON beneficia del contributo per progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale assunto;
- Che il/la sig./ra indicato/a come beneficiario/a NON beneficia del Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015;
- Che il/la sig./ra indicato/a come beneficiario/a NON è accolto/a in via definitiva presso unità d'offerta sociale o sociosanitaria e/o NON frequenta unità d'offerta sociale o sociosanitaria semiresidenziale diurna.

**c) IN CASO DI ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE (Dai 65 anni):**

- Che il/la sig./ra indicato/a come beneficiario/a è in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 oppure beneficia dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988, come da certificazione allegata;
- Per il valore ISEE (barrare una delle opzioni seguenti):
  - Che il valore ISEE **sociosanitario** in corso di validità è pari ad Euro \_\_\_\_\_ (indicare il n. protocollo INPS - ISEE \_\_\_\_\_);
  - Che il valore ISEE **sociosanitario** - anno 2019 è pari ad Euro \_\_\_\_\_ (indicare il n. protocollo INPS - ISEE \_\_\_\_\_);
  - Che, sulla base della simulazione ISEE effettuata dal sito dell'INPS il valore è pari ad Euro \_\_\_\_\_.

Si comunica che, per l'ultima opzione sopra riportata sarà necessario produrre la dichiarazione ISEE 2020 da integrare alla domanda entro il giorno 15/07/2020. Il contributo potrà essere riconosciuto solo a seguito del ricevimento dell'ISEE in corso di validità.

- Che il/la sig./ra indicato/a come beneficiario/a
  - è in possesso dell'indennità di accompagnamento
  - NON** è in possesso dell'indennità di accompagnamento;
- Che il/la sig./ra indicato/a come beneficiario/a NON beneficia della Misura B1;

- Che il/la sig./ra indicato/a come beneficiario/a NON beneficia Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015;
- Che il/la sig./ra indicato/a come beneficiario/a NON è in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;
- Che il/la sig./ra indicato/a come beneficiario/a NON è accolto/a in via definitiva presso unità d'offerta sociale o sociosanitaria e/o NON frequenta unità d'offerta sociale o sociosanitaria semiresidenziale diurna;
- Che il/la sig./ra/minore indicato/a come beneficiario/a (barrare la casella di interesse). Si segnala che la mancata compilazione o la compilazione errata comporta la non assegnazione della priorità):
  - ❑ **non beneficia di interventi o di sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti Pubblici o privati o da Enti previdenziali (es. INPS/Home care premium)**
  - ❑ **beneficia di interventi o di sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti Pubblici o privati o da Enti previdenziali (es. INPS/Home care premium)**
- di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del D.P.R. 445/2000 art. 71 e s.m.i., potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità del contenuto delle dichiarazioni;
- di essere a conoscenza che l'accesso alla fase di valutazione delle domande da parte della Commissione istituita presso l'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona e la successiva assegnazione dei punteggi finalizzata a stendere le graduatorie, avverrà a seguito di "valutazione del profilo della persona" da parte dall'assistente sociale comunale e, nel caso di valutazione multidimensionale, del personale dell'A.S.S.T., con relativa compilazione e sottoscrizione del Progetto Individuale di Assistenza (PAI);
- che i buoni sociali mensili che verranno erogati a favore del richiedente/beneficiario saranno utilizzati per sostenere gli interventi concordati con l'Assistente Sociale Comunale nel PAI (Progetto Individuale di Assistenza);
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni della situazione che determinino la perdita del diritto alla concessione dei buoni sociali;
- che il conto corrente sul quale intende ricevere l'importo del buono sociale assegnato è il seguente:

NUMERO _____																			
INTESTATO/CO-INTESTATO A _____																			
BANCA _____																			
AGENZIA DI _____																			
CODICE IBAN																			

Luogo, data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

**Si allega (selezionare allegati al documento):**

- Copia carta d'identità e codice fiscale del richiedente E del beneficiario (se diverso dal richiedente) – in caso di minore allegare i documenti sia del genitore che del minore;
- Copia della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 o della documentazione attestante il possesso dell'indennità di accompagnamento;
- Nel caso in cui si richieda l'accesso al buono sociale *“finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate da un assistente familiare impiegato con regolare contratto”*, allegare copia del contratto dell'assistente familiare regolarmente assunto;

---

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ prende atto che ai sensi dell'art.13 Regolamento Europeo 679/2016 i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi di cui al procedimento per il quale si rilasciano le dichiarazioni di cui sopra, come da informativa art. 8 del bando per l'assegnazione di buoni sociali mensili a favore di persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza assistiti al domicilio da un caregiver familiare o da un assistente familiare regolarmente assunto” (ai sensi delle DGR 2720/2019 – 2862/2020 – 3055/2020 di Regione Lombardia – MISURA B2)

In fede (firma) \_\_\_\_\_

Luogo, data \_\_\_\_\_