**DOMANDA PER L’ASSEGNAZIONE DI BUONI/VOUCHER SOCIALI**

**A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE ED ANZIANI IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA FNA – ANNO 2020**

**DATI BENEFICIARIO**

|  |
| --- |
| COGNOME NOME |
| NATO/A A PROV ( ) IL  |
| CODICE FISCALE  |
| RESIDENTE IN VIA N° COMUNE DI CAP. |
| DOMICILIO solo se diverso dalla residenza VIA N°  |
| COMUNE DI CAP. |
| EMAIL NUMERO DI TELEFONO |
| DOCUMENTO D’IDENTITA’ N. RILASCIATO DA |
| SCADENZA AL  |

**DATI RICHIEDENTE (SOLO SE DIVERSO DAL BENEFICIARIO)**

|  |
| --- |
| COGNOME NOME |
| NATO/A A PROV ( ) IL  |
| CODICE FISCALE  |
| RESIDENTE IN VIA N° COMUNE DI CAP. |
| DOMICILIO solo se diverso dalla residenza VIA N°  |
| COMUNE DI CAP. |
| EMAIL NUMERO DI TELEFONO |
| DOCUMENTO D’IDENTITA’ N. RILASCIATO DA |
| SCADENZA AL  |
| in qualità di:A) Nel caso la persona sia in stato di impedimento permanente, in qualità di: ❑ TUTORE ❑ CURATORE ❑ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNOB) Nel caso la persona sia in stato d’impedimento temporaneo, in qualità di:❑ CONIUGE o in sua assenza FIGLIO o, in mancanza di questo, ALTRO PARENTE (indicare la relazione di parentela) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C) Nel caso di minore:❑ GENITORE ESERCENTE LA POTESTÀ GENITORIALE IN VIA ESCLUSIVA❑ GENITORE (in questo caso è necessario che la domanda, pur compilata da uno di essi, sia sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori del minore). |

**RICHIEDE**

L’assegnazione di un buono/voucher per la seguente misura:

* Buono sociale mensile per anziani e adulti finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate dal Care Giver familiare;
* Buono sociale mensile per anziani e adulti per acquistare prestazioni da Assistente Personale (Badante) con regolare contratto, ad integrazione del buono sociale per Care Giver;
* Buono sociale per la realizzazione di progetti di vita indipendente, rivolto a soggetti di età compresa tra 18 e 64 anni che intendono realizzare il loro progetto di vita senza Care Giver familiare, ma con l’ausilio di personale regolarmente assunto;
* Voucher sociali per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità, finalizzato all’acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare e/o territoriale.

*Consapevole delle responsabilità derivanti da dichiarazioni false o mendaci, ai sensi del dpr 445/2000 e successive modificazioni*

**DICHIARA**

di possedere i seguenti requisiti di ammissione:

* di essere residente in uno dei 37 Comuni dell’Ambito Territoriale Valle Brembana;

1.Di possedere ISEE in corso di validità uguale o inferiore a:

* € 30.000 per minori (ISEE minori D.Lgs 159/2013);
* € 20.000 nel caso di progetti di vita indipendente (ISEE sociosanitario D.lgs 159/2013);
* € 22.000 in tutti gli altri casi (ISEE sociosanitario D.lgs 159/2013).

*Oppure*

* Di presumere che la propria condizione ISEE corrisponda a quella prevista dal bando avendo effettuato una simulazione ISEE dal sito INPS oppure facendo riferimento alla dichiarazione ISEE 2019 e di impegnarsi a produrre, in entrambi i casi, la dichiarazione ISEE 2020 prima dell’erogazione della prima tranche di Buono eventualmente riconosciuto (e comunque non oltre il 30 luglio 2020);

2.Di trovarsi nella seguente condizione:

* in condizioni di gravità così come accertata ai sensi dell’art. 3, comma 3 della legge 104/1992, ovvero di aver presentato domanda di richiesta di accertamento della condizione di cui all’art.3 comma della legge 104/1992 all’ASST di competenza;
* beneficiare dell’indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988;

***INDICARE N. PROT. DELLA PRATICA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

il sottoscritto inoltre, **DICHIARA**

* 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 2020 dell’Ambito Valle Brembana;
* Che il buono/voucher sociale verrà utilizzato per sostenere le persone o i familiari che prestano le cure necessarie per assicurare la permanenza a domicilio dell’anziano oppure per l’acquisto di tali prestazioni di cura presso soggetti professionali iscritti nel registro dei soggetti accreditati tenuto presso l’ambito;
* Per chi intende richiedere il buono integrativo per assistente familiare, di aver assunto un assistente familiare con contratto regolarizzato per numero ore settimanali di n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Di essere consapevole che il buono sociale verrà erogato alle persone che risulteranno ammesse al beneficio a seguito di risultato ottenuto nelle graduatorie anziani/disabili di Ambito, in relazione ai fondi disponibili e in base all’attribuzione di un punteggio ottenuto secondo quanto definito dai criteri di priorità del bando;
* Di impegnarsi a sottoscrivere un progetto individuale provvisorio che l’Equipe di Valutazione Multidimensionale Ambito/ASST si riserverà di valutare chiedendo eventualmente integrazioni e/o una riformulazione in tempi successivi;
* Di comunicare tempestivamente all’assistente sociale di riferimento modifiche della condizione del beneficiario tali da determinarne la decadenza al beneficio (secondo quanto definito nel bando - Clausola di esclusione e decadenza;
* di essere a conoscenza che, ai sensi del D.P.R. 445/2000, si procederà ad idonei controllidiretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e dell’adesione al progetto e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 445/2000, fatta salva l’attivazione delle necessarie procedure di legge, il beneficio verrà revocato
* di non trovarsi in nessuna delle cause di incompatibilità così come elencate da bando nel capoverso – incompatibilità

da compilare solo per la richiesta della misura BUONO SOCIALE CAREGIVER:

il sig./la sig.ra (nome e cognome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **ATTESTA** (*consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi - articolo 76, DPR n. 445/2000),* in qualità di care giver familiare di prestare **un minimo di 5/h. die** di assistenza con mansioni di supporto nelle attività della vita quotidiana al beneficiario del buono. Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### CHIEDE che

### Il Buono venga erogato su conto corrente bancario/postale di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ intestato al: Beneficiario 🞏 Richiedente 🞏

 IBAN:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* + - Il voucher sociale di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ venga assegnato alla cooperativa sociale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Luogo e data Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allegano alla presente domanda:

* Modulo privacy sottoscritto