

MODULO PER LA RICHIESTA DI ACCESSO ALLA MISURA B2 ANNUALITA' 2022

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente in via _____ Comune di _____

C.A.P. _____ Prov. _____ Tel. _____

Codice Fiscale (vedi allegato)

E-Mail ove ricevere comunicazioni in merito all'istanza presentata _____

(compilare solo se il beneficiario coincide con il sottoscrittore)

Eventuale domicilio se diverso dalla residenza _____

IN QUALITÀ DI

diretto interessato Tutore / curatore / amministratore di sostegno

caregiver (indicare il rapporto di parentela con il beneficiario) _____

RICHIESTE DI POTER ACCEDERE ALLA MISURA B2

BUONO SOCIALE

✓ a favore di persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza (così come definite nella normativa di riferimento)

ANZIANI (over 65 anni)

DISABILI ADULTI (da 18 a 64 anni)

MINORI

✓ al fine di:

compensare le prestazioni di assistenza assicurate dal CAREGIVER FAMILIARE;

compensare le prestazioni di PERSONALE DI ASSISTENZA DA REGOLARMENTE IMPIEGATO, anche in presenza di caregiver familiare;

per sostenere PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE per persone con disabilità fisico-motoria e/o intellettiva grave o gravissima (come specificato nel bando b2 di Ambito anno 2022)

in continuità con l'annualità precedente (bando Buono Sociali anno 2021) poiché beneficiava di Buono sociale finalizzato a compensare le prestazioni di personale di assistenza regolarmente impiegato, tutt'ora progettualità in essere

VOUCHER SOCIALE B2¹

Voucher sociale per sostenere la vita di relazione di **minori** con disabilità

Voucher sociale per **adulti** (da 18 a 64 anni)

anziani (over 65 anni)

¹Il sottoscrittore si impegna:

• utilizzare il Voucher Sociale esclusivamente per acquistare prestazioni a sostegno della domiciliarità dai soggetti accreditati, erogate mediante l'intervento di operatori qualificati/titolati, in base al voucher concordato con il Servizio Sociale rispettando le regole del sistema di accreditamento previste dall'Ambito.

• informare immediatamente il servizio sociale nel caso di ricovero presso strutture residenziali o nel caso di significativi cambiamenti rispetto alla situazione del beneficiario del voucher

Indicano come principale **caregiver familiare**

il sig. (cognome e nome) _____

in qualità di (indicare rapporto di parentela) _____

nato a _____ il _____ residente a _____

in Via _____ Codice fiscale (vedi allegato)

A FAVORE DI: _____

(Compilare solo se il beneficiario non coincide con il sottoscrittore)

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____ residente in via _____

Comune di _____ C.A.P. _____ Prov. _____ Tel. _____

Codice Fiscale (vedi allegato)

Eventuale domicilio se diverso dalla residenza _____

SI IMPEGNA

a collaborare con il Servizio sia nella fase di valutazione che di realizzazione di quanto richiesto.

DICHIARA

che il destinatario del buono sociale:

- è residente in uno dei comuni dell'Ambito Alto Sebino;
 - se cittadino extracomunitario, è in possesso di permesso di soggiorno della durata pari o superiore ad un anno, in corso di validità;
 - è in condizione di disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza così come previsto dalla normativa di riferimento poiché:
 - beneficiario di indennità di accompagnamento di cui alla L. 18/1980
 - in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992
 - in attesa di definizione dell'accertamento della L. 104/1992 con istanza presentata all'INPS in data _____
 - è in possesso di certificazione ISEE sociosanitario ordinario² in corso di validità paria a € _____ oppure
 - dichiara di possedere DSU in corso di validità predisposta in data _____**
 - dichiara di essere in possesso di certificazione ISEE scaduta il 31/12/2021 (che allega) ed ha fissato appuntamento presso gli Enti preposti per predisposizione di DSU e certificazione ISEE aggiornati in data _____**
- **In entrambi i casi sopra riportati l'interessato/sua figura di riferimento si impegna a produrre la dichiarazione ISEE richiesta per accedere al bando entro la data di chiusura del bando di Ambito.
- non è percettore di *Voucher anziani e disabili* ex DGR n. 7487/2017 e DGR n. 2564/2019
 - non è percettore di Misura B1;
 - non è beneficiario della misura "*RSA Aperta*" (ex DGR 7769/2018)

TIPOLOGIA DI BUONO RICHIESTO	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

- non è beneficiario della misura “Home Care Premium/INPS HCP” con la prestazione prevalente
- non è accolto in via definitiva presso *Unità d’offerta residenziali sociosanitarie o sociali* (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
- non è ricoverato in regime di *ricovero di sollievo* con costi del ricovero a totale carico del Fondo Sanitario Regionale (non si considerano pertanto i progetti di inserimento temporaneo con finalità di sollievo con oneri a carico del beneficiario);
- non percepisce contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato;
- 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);
- 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);
- 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 (es. INPS/Home Care Premium, interventi di assistenza domiciliare tra cui SAD, interventi generici, interventi educativi; progetti sociooccupazionali _____ (indicare quali in caso di risposta affermativa)
- 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)

che il destinatario del buono sociale o il sottoscrittore della domanda:

- 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;
- è consapevole che la non osservanza degli impegni assunti con il servizio sociale di riferimento comporterà l’immediata sospensione del buono stesso;
- 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 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;
- di aver ricevuto copia e di aver preso visione *dell’Informativa sulla Privacy Regolamento 679/2016/UE*

Modalità di liquidazione del contributo economico

- 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 _____
IBAN³ *allegare copia estremi da c/c*

Luogo e data Firma

Allegati :

- Copia della carta di identità e del codice fiscale del richiedente, della persona non autosufficiente con grave o gravissima disabilità e 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 privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati al Comunità Montana dei Laghi Bergamaschi saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste Regolamento 679/2016/UE.

Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici.

Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comunità Montana dei Laghi Bergamaschi.

L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE.

L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici dell'Ente e consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo www.cmlaghi.bg.it.

Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ente è il seguente soggetto:

DPO	P.IVA	Via/Piazza	CAP	Comune	Nominativo del DPO
LTA S.r.l.	14243311009	Via della Conciliazione 10	00193	Roma	GHIRARDINI DANIELA

³ SOLO nel caso in cui la presente domanda sia sottoscritta dal beneficiario diretto del buono, il beneficiario medesimo riconosce come caregiver principale della sua cura il sig./signora:

Cognome _____ Nome _____
nato a _____ il _____ residente a _____
in Via _____ C.F. _____ (allegare
copia CF) rapporto di parentela: _____ tel. _____

In caso di premorienza del beneficiario, lo stesso con la presente riconosce a tale caregiver la facoltà di riscuotere le mensilità spettanti e non ancora eventualmente liquidate, fatto salvo per quest'ultimo di adempiere agli eventuali successivi obblighi previsti per legge in tema di successione.

autorizzare l'accredito del beneficio sul conto corrente bancario o postale intestato a:

Cognome _____ Nome _____

(il nominativo deve coincidere con la persona sopra dichiarata)

Presso (indicare la banca o l'ufficio postale) _____

filiale/sede di _____

IBAN: *allegare copia estremi da c/c*