



**COMUNITÀ
MONTANA
VALLE BREMBANA
ENTE GESTORE PIANO
DI ZONA 2018/2020**

ALGUA – AVERARA – BLELLO – BRACCA – BRANZI – CAMERATA CORNELLO
- CARONA – CASSIGLIO – CORNALBA – COSTA SERINA – CUSIO DOSSENA -
FOPPOLO - ISOLA DI FONDRÀ – LENNA – MEZZOLDO – MOIO DE’ CALVI -
OLMO AL BREMBO - OLTRE IL COLLE – ORNICA – PIAZZA BREMBANA –
PIAZZATORRE - PIAZZOLO - RONCOBELLO – SAN GIOVANNI BIANCO - SAN
PELLEGRINO TERME - SANTA BRIGIDA - SEDRINA – SERINA TALEGGIO -
UBIALE CLANEZZO - VAL BREMBILLA - VALLEVE - VALNEGRA VALTORTA -
VEDESETA – ZOGNO

Sistema Socio Sanitario



DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI BUONI/VOUCHER SOCIALI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE ED ANZIANI IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA FNA – ANNO 2021

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:			
<input type="checkbox"/> TUTORE <input type="checkbox"/> CURATORE <input type="checkbox"/> AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con provvedimento n. _____ del _____;			
B) Nel caso la persona sia in stato d'impedimento temporaneo, in qualità di:			
<input type="checkbox"/> CONIUGE o in sua assenza FIGLIO o, in mancanza di questo, ALTRO PARENTE (indicare la relazione di parentela) _____			
C) Nel caso di minore:			
<input type="checkbox"/> GENITORE ESERCENTE LA POTESTÀ GENITORIALE IN VIA ESCLUSIVA <input type="checkbox"/> 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 (barrare la casella corrispondente):

- 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 acquisto di prestazioni da Assistente Personale (Badante) assunto con regolare contratto di lavoro;
- 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 caregiver 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.

E DICHIARA pertanto (barrare la casella corrispondente):

- di essere residente in uno dei 37 Comuni dell'Ambito Territoriale Valle Brembana;



**COMUNITÀ
MONTANA
VALLE BREMBANA
ENTE GESTORE PIANO
DI ZONA 2018/2020**

ALGUA – AVERARA – BLELLO – BRACCA – BRANZI – CAMERATA CORNELLO
- CARONA – CASSIGLIO – CORNALBA – COSTA SERINA – CUSIO DOSSENA -
FOPPOLO - ISOLA DI FONDRA – LENNA – MEZZOLDO – MOIO DE’ CALVI -
OLMO AL BREMBO - OLTRE IL COLLE – ORNICA – PIAZZA BREMBANA –
PIAZZATORRE - PIAZZOLO - RONCOBELLO – SAN GIOVANNI BIANCO - SAN
PELLEGRINO TERME - SANTA BRIGIDA - SEDRINA – SERINA TALEGGIO -
UBIALE CLANEZZO -VAL BREMBILLA - VALLEVE - VALNEGRA VALTORTA -
VEDESETA – ZOGNO

Sistema Socio Sanitario



**Regione
Lombardia**

ATS Bergamo

- Di aver preso visione del *bando per l'erogazione di buoni sociali in favore di persone con disabilità' grave in condizione di non autosufficienza anno 2021* dell'Ambito Valle Brembana;
- Che il buono/voucher sociale verrà utilizzato secondo le finalità espresse dal bando;
- 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 valutazione e priorità del bando;
- Di impegnarsi a sottoscrivere un progetto individuale 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 eventuali 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 controlli diretti a/ 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;
Dichiara inoltre (barrare la casella corrispondente):
- di aver precedentemente beneficiato della misura nell'annualità _____(indicare anno);
- di aver attivato/richiesto in favore dell'anziano/disabile per il periodo di riferimento del bando i seguenti interventi/servizi (es. centro diurno disabili, centro socio educativo, servizio assistenza domiciliare, Misura "Dopo di Noi", Pensione/Reddito di Cittadinanza ecc.):

Si rammenta che l'iscrizione in via continuativa del beneficiario a servizi semi-residenziali (es. centro diurno disabili, centro socio-educativo ecc.) comporta l'assegnazione del buono ridotto del 50% sull'importo complessivo.

Si allega alla presente istanza:

- Copia di documento di identità del richiedente;
- Schede di valutazione ADL/IADL e fragilità sociale compilate dal Servizio Sociale di riferimento;
- Modulo privacy sottoscritto;
- Certificazione attestante la disabilità grave e/o non autosufficienza (così come definito dall'art.3 comma 3 della L.104/92 oppure indennità di accompagnamento di cui alla legge n.18/1980 e s.m.i. con L.508/1988);
Oppure:
- Dichiarazione di aver avviato il processo di accertamento della condizione di invalidità del beneficiario con n. istanza _____ del _____;
- Dichiarazione ISEE in corso di validità;
Oppure:
- ultima dichiarazione ISEE disponibile o DSU 2021; In presenza di tale condizione, io sottoscritto _____ in qualità di richiedente la misura dichiaro pertanto di aver contattato il CAAF di riferimento per la sottoscrizione della documentazione aggiornata e di aver prefissato appuntamento per il giorno _____;
- fotocopia di documento d'identità in corso di validità di chi rende le dichiarazioni/attestazioni.

Si rammenta inoltre che entro il termine del **30/07/2021** deve obbligatoriamente essere inviata con pena **decadenza della domanda:**

- dichiarazione ISEE in corso di validità (se non già precedentemente inviata);
- certificazione attestante la disabilità grave e/o non autosufficienza (se non già precedentemente inviata);
- progetto individualizzato sottoscritto ed elaborato dal Servizio Sociale di riferimento;

