

# Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

## Distretto n°7

COMUNI DI CASTELCOVATI, CASTREZZATO, CAZZAGO S/M, CHIARI, COCCAGLIO, COMEZZANO-CIZZAGO,  
ROCCAFRANCA, ROVATO, RUDIANO, TRENZANO, URAGO D'OGLIO

NON COMPILARE - RISERVATO AL COMUNE

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

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

**DOMANDA BUONO SOCIALE A FAVORE DI  
ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI  
ASSISTITI AL PROPRIO DOMICILIO DA CAREGIVER FAMILIARE  
ANNO 2021  
(AI SENSI DELLA DGR XI/4138/2020)**

Il/la sottoscritto/a.....  
Codice fiscale.....  
nato/a a.....prov.....il.....  
residente in.....(c.a.p.).....  
Via/Piazza.....n°.....  
telefono.....email.....

### CHIEDE

per se stesso

per Il/la Sig/ra.....

Codice fiscale.....  
nato/a a.....prov.....il.....  
residente in.....(c.a.p.).....  
Via/Piazza.....n°.....  
telefono.....email.....

Di usufruire del Buono Sociale a favore di persone con disabilità grave / anziani non autosufficienti assistiti al proprio domicilio da caregiver familiare- anno 2021.

A tal fine, consapevole delle sanzioni civili e penali a cui incorre in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più corrispondenti a verità, giusto il disposto dell'art. 26 della legge n°15/68,

### DICHIARA

A) che il proprio nucleo familiare, come definito dallo Stato di famiglia, è formato dalle seguenti persone:

Cognome e nome	rapporto di parentela con il richiedente
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

## Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

- B) di avere un ISEE sociosanitario non superiore ad euro 25.000  
SI NO
- C) che l' ISEE sociosanitario in mio possesso ha un valore di euro.....
- D) di possedere 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  
SI NO
- E) essere assistito presso il proprio domicilio da parte di un caregiver familiare  
SI NO
- F) Di essere in possesso di un indice di fragilità sociale che evidenzii 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
- G) Di essere stato beneficiario della Misura B2 anno 2020  
SI NO
- H) Di FREQUENTARE unità d'offerta semiresidenziali socio/sanitarie e/o sociali (CDI, CSE, SFA,CDD):  
SI NO
- I) Di NON usufruire di nessuna delle seguenti misure (incompatibili ai sensi della dgr XI/4138/2020):
- 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;
  - 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;
  - ricovero in riabilitazione/Sub acute/Cure intermedie/Post acuta;
  - presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018
  - Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015.
- L) di essere consapevole che, a seguito della definizione della graduatoria, per gli aventi diritto, il servizio sociale comunale redigerà il PI (progetto individualizzato), parte integrante della documentazione da allegare alla domanda e presupposto perché possa essere erogato il buono sociale. Tale documento dovrà essere sottoscritto dal servizio sociale comunale e dall'utente stesso beneficiario del buono sociale.
- M) di voler riscuotere il buono sociale tramite:
- accredito sul **conto corrente bancario a me intestato o cointestato ( NO libretto postale )**
  - riscossione in contanti
  - riscossione in contanti da parte del delegato

# Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

*si delega alla riscossione:*

## PARTE OBBLIGATORIA DA COMPILARE

**ANCHE SE NEL PUNTO M VIENE SCELTA ALTRA MODALITA' DI EROGAZIONE**

**(tale delega verrà utilizzata in sostituzione dell' accreditato sul CC indicato, in caso di chiusura) :**

il/la sig/ra.....  
nato/a a .....il.....  
residente a .....cap.....  
in via .....  
codice fiscale .....  
telefono .....  
email.....

La presente delega se non revocata ha durata illimitata

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.

Data .....

FIRMA DEL RICHIEDENTE

.....

### ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

- 1- fotocopia codice fiscale del richiedente;
- 2- fotocopia carta d'identità del richiedente;
- 3- fotocopia codice fiscale del beneficiario (se diverso dal richiedente);
- 4- fotocopia carta d' identità del beneficiario (se diverso dal richiedente);
- 5- copia certificazione di disabilità grave L. 104 art. 3 comma 1 e 3 o invalidità al 100% con indennità di accompagnamento **(CONTENENTE L' INDICAZIONE DELLA DIAGNOSI)**;
- 6- copia attestazione ISEE sociosanitario in corso di validità (ai sensi del DPCM 159/2013);
- 7- copia delle coordinate bancarie/postali rilasciata dall'istituto di credito ai fini dell' accreditato del buono sociale (NO libretti postali);
- 8- ADL/IADL a cura del servizio sociale;
- 9- carta d' identità e codice fiscale del delegato (se diverso dal richiedente).

## Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

### DICHIARAZIONE DI NON RICHIESTA MISURA B1

Io sottoscritto.....

**Dichiaro  
di non aver presentato**

- per me stesso
- per il/la Sig./ra.....

**domanda Misura B1**

**di essere consapevole che il Buono sociale in oggetto è incompatibile con un altro intervento relativo alla XI/4138/2020, Misura B2**

**e di informare tempestivamente il Servizio sociale del Comune di residenza, nel caso di presentazione di domanda e riconoscimento del beneficio della misura B1**

FIRMA

.....

# Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00



COMUNE DI CHIARI  
Provincia di Brescia

## **Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE**

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati al Comune di Chiari 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 Comune di Chiari. 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.comune.chiari.brescia.it](http://www.comune.chiari.brescia.it).

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

<b>DPO</b>	<b>P.IVA</b>	<b>Via/Piazza</b>	<b>CAP</b>	<b>Comune</b>	<b>Nominativo DPO Incaricato</b>
<b>SI.NET Servizi Informatici Srl</b>	<b>02743730125</b>	<b>Corso Magenta, 46</b>	<b>20123</b>	<b>Milano</b>	<b>Dott. Paolo Tiberi</b>

Il Data Protection Officer è reperibile presso la sede municipale del Comune di Chiari in P.zza Martiri della Libertà, 26 – 25032 CHIARI (BS). In caso di istanze/comunicazioni scritte da inviarsi in modalità digitale il Data Protection Officer può essere contattato tramite il recapito istituzionale [dpo@comune.chiari.brescia.it](mailto:dpo@comune.chiari.brescia.it) oppure [comunedichiari@legalmail.it](mailto:comunedichiari@legalmail.it) (se viene utilizzata la posta elettronica certificata).

data,

**FIRMA**

---

# Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

6

Ufficio di Piano – Legge 328/00

Responsabile dott.ssa Rosa Simoni

c/o Servizi Sociali Piazza Martiri della libertà, 26 - Comune di Chiari

tel. 030 7008254 - fax 030 7008258

e-mail: [upservizisociali@comune.chiari.brescia.it](mailto:upservizisociali@comune.chiari.brescia.it)