

Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

Distretto n°7



CASTELCOVATI, CASTREZZATO, CAZZAGO S/M, CHIARI, COCCAGLIO, COMEZANO-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
PERSONE CON DISABILITA' GRAVE (18- 64 ANNI)
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 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
.....
.....
.....
.....
.....

1

Settore 3 Sociale

Area Piano di Zona– 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

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 (Cdd, Cse, Sfa, Cdi):

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' accredito sul CC indicato, in caso di chiusura) :

il/la sig/ra.....
nato/a ail.....
residente acap.....
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 (RSD/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 carta d' identità del beneficiario (se diverso dal richiedente)
- 4- fotocopia codice fiscale 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' accredito del buono sociale (NO libretto postale)
- 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.

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

DPO	P.IVA	Via/Piazza	CAP	Comune	Nominativo DPO Incaricato
SI.NET Servizi informatici s.r.l.	02743730125	Corso Magenta, 46	20123	Milano	Dr. Paolo Tiberi

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 oppure 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