

Al Comune di _____

All'Ufficio di Piano di Seriate

Richiesta di assegnazione di buoni sociali destinati al sostegno delle persone in condizione di disabilità grave e non autosufficienza residenti nei Comuni dell'Ambito territoriale di Seriate (FNA 2018 - Misura B2)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto _____
Codice fiscale _____
Data di nascita _____
Comune di nascita _____
Provincia di nascita _____
Stato estero di nascita _____
Cittadinanza _____
Residente a _____
via e nr. civico _____
@mail _____
Telefono _____ Cell. _____
In qualità di:

1. Diretto interessato
ovvero
2. nel caso la persona sia in stato di impedimento permanente:
 Tutore
 Curatore
 Amministratore di Sostegno
ovvero
3. nel caso la persona sia in stato d'impedimento temporaneo¹
 Coniuge
 Figlio/a
 Altro parente (*indicare la relazione di parentela*)

ovvero
4. nel caso di beneficiario minore:
 Genitore o esercente la responsabilità genitoriale

CHIEDE

l'assegnazione per l'anno 2019 del seguente Buono Sociale (FNA 2018 - Misura B2)

- Buono sociale mensile** finalizzato a compensare le **prestazioni di assistenza assicurate dal**

¹ In questo caso è necessario rendere una dichiarazione ai sensi dell'art. 4 D.P.R. 445/2000, compilando apposito modulo di fronte ad un pubblico ufficiale (Allegato 2 bis).

caregiver familiare fino ad un importo massimo di € 800

- Buono sociale mensile** per un importo compreso tra € 400 e € 800 in caso di personale d'assistenza impiegato con regolare contratto
- Buono sociale mensile** fino ad un massimo di € 800 per sostenere progetti di vita indipendente di persone con disabilità fisico-motoria grave o gravissima, con capacità di esprimere la propria volontà, di età compresa tra i 18 e i 64 anni, che intendono realizzare il proprio progetto senza il supporto del caregiver familiare, ma con l'ausilio di un assistente personale, autonomamente scelto e regolarmente assunto
- Voucher sociali per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità** fino ad un importo massimo di € 800 con appositi progetti di natura educativa/socializzante che favoriscano il loro benessere psicofisico (es. pet therapy, attività motoria in acqua, frequenza a centri estivi, ecc.).

A FAVORE DI

- Se stesso
- Nominativo beneficiario _____
Codice fiscale _____
Data di nascita _____
Comune di nascita _____
Provincia di nascita _____
Stato estero di nascita _____
Cittadinanza _____
Residente a _____
via e nr. civico _____
@mail _____
Telefono _____ Cell. _____
- Tipologia richiedente
 - Persona anziana (di età uguale o maggiore di 65 anni)
 - Persona disabile di età compresa tra 18 e 64 anni
 - Persona disabile minore, di età compresa tra 14 e 18 anni
 - Persona disabile minore, di età inferiore ai 14 anni

A TAL FINE DICHIARA CHE

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo d.p.r. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti:

1. IN MERITO AL POSSESSO DEI REQUISITI DI ACCESSO AL BUONO SOCIALE - MISURA B2 IN CAPO ALLA PERSONE PER CUI SI RICHIEDE IL BENEFICIO:

1.1. La persona ha **residenza anagrafica** in uno dei Comuni dell'Ambito di Seriate²

1.2. **La persona presenta una delle seguenti certificazioni di disabilità grave o non autosufficienza:**

Barrare la casella corrispondente alla condizione della persona

Categorie	Disabilità grave	Non autosufficienza
Invalidi civili di età compresa tra 18 e 65 anni	<input type="checkbox"/> Inabili totali (100%) (L. 118/71, artt. 2 e 12)	<input type="checkbox"/> Cittadini di età compresa tra 18 e 65 anni con diritto all'indennità di accompagnamento (L. 508/88, art. 1, comma 2, lettera b)

² Seriate, Albano S. Alessandro, Bagnatica, Brusaporto, Cavernago, Costa di Mezzate, Grassobbio, Montello, Pedrengo, Scanzorosciate, Torre de' Roveri

Invalidi civili minori di età	<input type="checkbox"/> Minori di età con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età e in cui ricorrono le condizioni di cui alla L. 449/1997, art. 8 o della L. 388/2000, art. 30	<input type="checkbox"/> Minori di età con diritto all'indennità di accompagnamento (L. 508/88, art. 1)
Invalidi civili ultrasessantacinquenni	<input type="checkbox"/> Ultrasessantacinquenni con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni propri della loro età, inabili 100% (D.Lgs. 124/98, art. 5, comma 7)	<input type="checkbox"/> Cittadini ultrasessantacinquenni con diritto all'indennità di accompagnamento (L. 508/88, art. 1, comma 2, lettera b)
Ciechi civili	<input type="checkbox"/> Ciechi civili parziali (L. 382/70 - L. 508/88 - L. 138/2001)	<input type="checkbox"/> Ciechi civili assoluti (L. 382/70 - L. 508/88 - L. 138/2001)
Sordi civili	<input type="checkbox"/> Sordi pre-linguali, di cui all'art. 50 L. 342/2000	
INPS	<input type="checkbox"/> Inabili (L. 222/84, artt. 2, 6 e 8)	<input type="checkbox"/> Inabili con diritto all'assegno per l'assistenza personale e continuativa (L. 222/84, art. 5)
INAIL	<input type="checkbox"/> Invalidi sul lavoro 80 → 100% (DPR 1124/65, art. 66) Invalidi sul lavoro >59% (D.Lgs 38/2000, art. 13 - DM 12/7/2000 - L. 296/2006, art 1, comma 782)	<input type="checkbox"/> Invalidi sul lavoro con diritto all'assegno per l'assistenza personale e continuativa (DPR 1124/65 - art. 66) - Invalidi sul lavoro con menomazioni dell'integrità psicofisica di cui alla L.296/2006, art 1, comma 782, punto 4
INPS Gestione ex INPDAP	<input type="checkbox"/> Inabili (L. 274/1991, art. 13 - L. 335/95, art. 2)	
Trattamenti di privilegio ordinari e di guerra	<input type="checkbox"/> Invalidi con minorazioni globalmente ascritte alla prima categoria Tab. A DPR 834/81 (81→100%)	<input type="checkbox"/> Invalidi con diritto all'assegno di superinvalidità (Tabella E allegata al DPR 834/81)

1.4. La persona è in possesso di:*Barrare la casella corrispondente alla condizione della persona*

- Condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992
- Riconoscimento di indennità di accompagnamento

1.4. La condizione economica della persona è la seguente:Persona maggiorenne (ISEE socio sanitario) / Persona minorenni (ISEE minorenni)

Valore ISEE € _____

Nr. di protocollo
attestazione INPS-ISEE _____

presentata da _____

in data _____

Tipologia di ISEE

- ISEE socio sanitario
- ISEE minorenni

- 1.5. Se con **cittadinanza di Paesi Terzi**, la persona è titolare di **permesso di soggiorno, della durata pari o superiore a un anno**, in corso di validità

2. IN MERITO ALLE COMPATIBILITÀ E ALLE PRIORITÀ PER L'ACCESSO AL BUONO SOCIALE - MISURA B2 IN CAPO ALLA PERSONE PER CUI SI RICHIEDE IL BENEFICIO:2.1 La persona fruisce di **sostegni "Dopo di Noi"** ex DGR 6674/2017 Sì No2.2 La persona fruisce della **Misura RSA aperta** ex DGR n. 7769/2018: Sì No

- 2.3 La persona fruisce **interventi o di sostegni integrativi di carattere assistenziale** erogati da Enti pubblici o privati o da Enti previdenziali (es. INPS/Home Care Premium): Sì No

N.B.: Accedono prioritariamente al Buono Sociale Misura B2 le persone che non sono in carico alla Misura RSA aperta e non beneficiano di interventi o di sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti pubblici o privati o da Enti previdenziali

- 2.4 La persona fruisce della **Misura B1 FNA**: Sì No

N.B.: Le persone con disabilità gravissima, beneficiarie della Misura B1, possono beneficiare anche del Buono Sociale Misura B2, solo se finalizzato al sostegno di progetti per la vita indipendente

- 2.5 La persona fruisce di **voucher anziani e disabili** ex DGR 7487/2017 Sì No

- 2.6 La persona fruisce del **bonus per assistente familiare** iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015 Sì No

N.B.: L'erogazione del Buono Sociale Misura B2 è incompatibile con i voucher anziani e disabili ex DGR 7487/2017 e con il bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015

3. IN MERITO ALLE MODALITÀ DI EROGAZIONE DEL BUONO SOCIALE MISURA B2, QUALORA RICONOSCIUTO:

- 3.1 di scegliere in caso di assegnazione del Buono Sociale la seguente modalità di liquidazione:

Barrare la casella corrispondente alla modalità prescelta:

- Bonifico Bancario** alle seguenti coordinate (dall'importo del buono verranno detratte le spese relative alla commissione applicata dalla banca):

Intestazione C/C

(deve corrispondere al beneficiario del Buono o di altra persona/ente muniti di delega sottoscritta dal beneficiario)

Banca _____

Filiale di _____

Coordinate bancarie IBAN _____

Codice Nazionale (2 lettere)	Check Digit (2 cifre)	CIN (1 lettera)	A.B.I. (5 cifre)	C.A.B. (5 cifre)	NUMERO CONTO

- Ritiro dell'importo in contanti** presso la Tesoreria del Comune di Seriate (non sono previsti addebiti di commissioni) da parte del beneficiario o di persona preventivamente delegata per iscritto dal beneficiario (*allegare delega*).

N.B. L'importo massimo erogabile con questa modalità è di € 999,99.

- 3.2 di scegliere in caso di assegnazione del Buono Sociale la seguente periodicità di liquidazione:

Barrare la casella corrispondente alla modalità prescelta:

- trimestrale
 In un'unica soluzione

DICHIARA ALTRESÌ:

- di aver preso visione del "Bando per l'assegnazione di buoni sociali destinati al sostegno delle persone in condizione di disabilità grave e non autosufficienza residenti nei Comuni dell'Ambito territoriale di Seriate (FNA 2018 – Misura B2)" e di accettarne integralmente le condizioni;

- di essere a conoscenza che l'accesso ai benefici richiesti comporta la valutazione di un'équipe multidisciplinare e la redazione di un progetto individuale;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Comune di residenza il trasferimento della residenza in altro distretto o in altro Comune dell'Ambito ed eventuali variazioni delle condizioni che hanno determinato l'accesso al Buono Sociale Misura B2;
- di essere a conoscenza che il Comune di residenza procederà, ai sensi della normativa vigente, ad effettuare controlli sulle domande ammesse al beneficio, al fine di verificare le informazioni dichiarate nella presente dichiarazione ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000 e dei D.Lgs. 109/1998 e 130/2000). Qualora a seguito dei controlli, il contributo risultasse indebitamente riconosciuto, ovvero in caso di dichiarazioni mendaci del beneficiario, il Comune ne darà comunicazione all'Ufficio di Piano di Seriate per la sospensione/revoca del beneficio e si attiverà per l'eventuale recupero dei benefici concessi;
- di essere informato che ai fini dell'avvio del procedimento³ della domanda da me presentata:
 - Il responsabile dell'adozione del provvedimento finale relativo alla richiesta di ammissione ai contributi e responsabile del procedimento è il dirigente del settore 4, dr. Stefano Rinaldi;
 - Il responsabile dell'istruttoria è il responsabile dei servizi sociali di Ambito - dr.ssa Sabrina Bosio;
 - Il termine entro cui il procedimento dovrà concludersi è di 30 giorni dalla chiusura del bando;
 - Gli atti possono essere presi in visione, previa richiesta di accesso, presso il Comune di residenza e l'Ufficio di piano dell'Ambito territoriale di Seriate.

Luogo

Data

Firma del richiedente

N.B. Le domande che verranno consegnate incomplete, sia in riferimento alle informazioni richieste nel presente modulo che agli allegati, verranno escluse automaticamente dall'erogazione.

A. ALLEGATI OBBLIGATORI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DA PARTE DEL RICHIEDENTE:

A.1 PER TUTTI I RICHIEDENTI:

1. Fotocopia carta d'identità del richiedente;
2. Certificazione del possesso di disabilità grave oppure di non autosufficienza, come da punto 1.1;
3. Certificazione della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992 oppure del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;
4. Fotocopia del permesso di soggiorno di durata non inferiore ad un anno (solo per i richiedenti cittadini di Paesi Terzi);
5. Informativa privacy sottoscritta dal richiedente (Allegato 5)

A.2 PER COLORO CHE PRESENTANO UN IMPEDIMENTO TEMPORANEO ALLA FIRMA DELL'ISTANZA:

6. Dichiarazione di impossibilità di firma (Allegato 2 bis)

A.3 PER COLORO CHE PRESENTANO LIMITAZIONI ALLA CAPACITÀ GIURIDICA

7. Copia dell'atto di nomina ad amministratore di sostegno, curatore o tutore in capo al richiedente

A.4 PER GLI EVENTUALI BENEFICIARI CHE INTENDONO DELEGARE A TERZI LA RISCOSSIONE DEL BUONO SOCIALE MISURA B2

8. Delega alla riscossione del Buono Sociale Misura B2 (Allegato 2 ter)

B. ALLEGATI OBBLIGATORI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA A CURA DEL SERVIZIO SOCIALE COMUNALE:

9. Schede di valutazione sottoscritte dal richiedente: scala ADL, scala IADL⁴ e scheda di valutazione sociale (Allegato 3).
10. Progetto Individuale sottoscritto dal richiedente (Allegato 4).

³ Ai sensi dell'articolo 8 della legge 7 agosto 1990, n. 241 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi".

⁴ La scheda IADL si utilizza solo per i richiedenti dai 14 anni compiuti. Per i minori di 14 anni il profilo funzionale viene determinato dalla sola scheda ADL riparametrata a 25 punti.

VERIFICA CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ AL BUONO SOCIALE MISURA B2 – FNA 2018

A CURA DELL'UFFICIO RICEVENTE LA RICHIESTA

Comune di _____
 Domanda n. _____
 Io sottoscritto/a _____
 in qualità di _____

ATTESTO IN RIFERIMENTO ALLA DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DI BUONO SOCIALE MISURA B2 PER L'ANNO 2019

presentata da _____
 a favore di _____

CHE È STATA VERIFICATA LA PRESENZA DI TUTTI I SEGUENTI REQUISITI PER L'AMMISSIONE IN CAPO ALLA PERSONA PER LA QUALE SI RICHIEDE IL BUONO SOCIALE:

<i>Requisito</i>	<i>Presenza requisito</i>	
1. Residenza anagrafica nel Comune ricevente la domanda	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
2. Presenza di condizioni di disabilità grave o non autosufficienza attraverso l'acquisizione di una delle certificazioni di cui al punto 1.2	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
3. Presenza di condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992 oppure riconoscimento di indennità di accompagnamento	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
4. ISEE uguale od inferiore alle seguenti soglie di ammissione:	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> <i>Reddito ISEE fino a € 22.000,00 per maggiorenni, ridotto a € 20.000,00 nel caso di progetti di vita indipendente</i>	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> <i>Reddito ISEE fino a € 30.000,00 per minorenni</i>	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
5. In caso di cittadinanza di Paesi Terzi , presenza di permesso di soggiorno, della durata pari o superiore a un anno , in corso di validità	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

E PERTANTO LA DOMANDA RISULTA

Ammessa Non ammessa

ATTESTO ALTRESÌ CHE

- La presente domanda è debitamente compilata in tutte le sue parti
 Sono stati presentati ed allegati alla presente domanda gli allegati obbligatori sopra previsti

Luogo

Data

Timbro dell'ente e firma dell'addetto