

ALLEGATO B

**“BANDO PER L’ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE O COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA (D.G.R. N. XI/1253/2019).
Approvato nell’Assemblea distrettuale di Broni in data 02.04.2019”.**

AL PRESIDENTE
DEL PIANO DI ZONA
DEL DISTRETTO DI BRONI (PV)
Piazza Garibaldi 12
27043 Broni (PV)

DOMANDA PER L’ASSEGNAZIONE DI BUONO SOCIALE A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE O COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA (D.G.R. N. 1253/2019).

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a..... il.....

Prov..... C.F.

Residente in Via.....n°.....

Comune di.....Cap.....Prov.....

Tel. / Tel. /

Domicilio (se diverso dalla residenza):

Via.....n°.....

Comune di.....Cap.....Prov.....

Indicare sempre uno o più numeri di telefono specificando a chi corrisponde (familiare, persona di riferimento ecc..)

In qualità di:

☐ diretto interessato

☐ familiare (*specificare grado parentela o affinità*)

.....

☐ amministratore di sostegno (allegare decreto di nomina)

del beneficiario indicato di seguito

Cognome e nome

Nato/a..... il

Prov.....C.F.

Residente in Via.....n°.....

Comune di.....Cap.....Prov.....

Domicilio (se diverso dalla residenza)

Via.....n°.....

Comune di.....Cap.....Prov.....

CHIEDE

L'assegnazione del Buono Sociale (B2) finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate:

- ☐ dal caregiver familiare (autosoddisfacimento);
- ☐ dall'assistente personale impegnato con regolare contratto a favore del soggetto disabile grave o non autosufficiente per n. _____ ore settimanali;

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

(in riferimento alla persona beneficiaria dell'intervento)

- ✓ Di essere in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 o beneficiario dell'indennità di accompagnamento;
- ✓ Di essere residente nel Comune di(PV);
- ✓ Di essere in possesso di conteggio ISEE pari ad € con scadenza .../.../.....
- ✓ Che la persona che si occupa del beneficiario, in caso di caregiver familiare, è il/la Sig./Sig.ra;
- ✓ Che l'Assistente Familiare regolarmente assunta, è iscritta al Registro Territoriale delle Assistenti Familiari del Distretto di(facoltativo);
- ✓ Di essere a conoscenza che ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., i propri dati personali verranno trattati per le esclusive esigenze procedurali e di autorizzare il trattamento degli stessi per le finalità istituzionali riferite all'ottenimento del beneficio in oggetto;
- ✓ Di essere a conoscenza che il buono sarà erogato, solo se il richiedente raggiungerà la posizione utile in graduatoria, e comunque dopo l'esito positivo della valutazione del servizio sociale professionale o congiunta ASST/PDZ nella visita multidimensionale in caso di bisogni socio – sanitari e per minori sotto gli anni sei;
- ✓ Di frequentare l'unità d'offerta semiresidenziale sociosanitaria o sociale (indicare la struttura frequentata e le ore settimanali di gli accessi di frequenza):
 - ☐ centro diurno integrato per anziani (CDI)
 - ☐ centro socio educativo per disabili (CSE)
 - ☐ servizio di formazione all'autonomia (SFA)
 - ☐ centro diurno disabili (CDD)
 - ☐ altro (indicare)

per un monte ore settimanale di _____ .

- ✓ Di beneficiare dei seguenti servizi (o di averne presentato richiesta):
- ☐ Servizio di Assistenza Domiciliare comunale (SAD)
 - ☐ Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
 - ☐ Misura RSA Aperta
 - ☐ Voucher Sociale erogato dal Piano di Zona
 - ☐ Misura B1
 - ☐ Misura “Dopo di Noi”
 - ☐ Home Care Premium

Il Sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente l'eventuale ricovero in struttura sanitaria o socio sanitaria, ovvero qualsiasi variazione dei requisiti dichiarati nella presente domanda, consapevole che l'omessa comunicazione potrebbe compromettere l'erogazione del buono sociale, per i motivi elencato dal bando approvato dall'assemblea dei Sindaci in data 02.04.19.

L'eventuale contributo dovrà essere accreditato sul seguente C/C:

Banca Agenzia

IBAN

Intestato a (indicare nominativi e dati anagrafici)

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART 13 D.Lgs. 196/03

Si informa che ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.L.gs. 196/03) che il trattamento dei dati personali avviene secondo modalità idonee a garantire la sicurezza e la riservatezza ed è effettuato usando supporti cartacei, informatici e/o telematici, da parte di tutti i soggetti coinvolti, esclusivamente per gli adempimenti connessi con il procedimento di presa in carico.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI .

Il sottoscritto dichiara di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.lgs. 196/2003: acconsente al trattamento dei dati con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione del procedimento di presa in carico.

Data.....

In fede

.....

Si allegano:

- 1) Attestazione ISEE in corso di validità;
- 2) Copia documento di identità del richiedente se diverso dal beneficiario;
- 3) Copia del documento di identità del beneficiario (la persona non autosufficiente);
- 4) Copia del documento di identità del caregiver familiare;
- 5) Per assistenza resa da assistente familiare, denuncia di inizio attività all'inps e contratto d'assunzione;
- 6) Verbale di invalidità civile oppure verbale della commissione medica attestante il possesso dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992;
- 7) in caso di frequenza di unità d'offerta semiresidenziali sociosanitarie o sociali: attestazione di frequenza rilasciato dal gestore del centro.