



finalizzato a sostenere il costo dei cosiddetti **interventi integrativi**, quali prestazioni socio-assistenziali/tutelari a domicilio (SAD) o prestazione socioeducativa a favore della persona con disabilità/non autosufficienza in contesti socializzanti (fuori dal domicilio)

- Misura b) - Voucher per l'intervento integrativo** di ricovero temporaneo in struttura residenziale, per garantire un periodo di sollievo al care-giver familiare, anche a seguito di una situazione di emergenza, secondo quanto valutato in sede di Valutazione multidimensionale e descritto nel progetto individualizzato, per un importo massimo di € 70/die per un massimo di 30 giorni annuali.

- Strumento 2: Buono sociale mensile** fino ad un importo massimo di € 600,00 finalizzato all'integrazione della spesa per acquistare le prestazioni da un assistente personale, con regolare contratto di almeno 25 ore settimanali, anche in presenza di caregiver familiare;

**A tal fine, il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell'art. 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità**

#### **DICHIARA**

(barrare solo le condizioni che ricorrono)

- di aver preso visione del bando per l'accesso agli strumenti della misura B2 e di accettarne le condizioni;
- di essere residente in uno dei Comuni dell'ambito territoriale di Sondrio;
- di essere beneficiario dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n.18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988,
- oppure di essere in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992. In questo ultimo caso l'istanza può essere comunque presentata in attesa di definizione dell'accertamento;
- di non beneficiare di altre assegnazioni, come precisato all'art. 8 del bando  
*ovvero*
- di beneficiare delle seguenti misure, **compatibili** con la presente misura:
  - bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n.15/2015;
  - sostegni DOPO DI NOI (specificare il tipo di sostegno) \_\_\_\_\_*ovvero*
- di beneficiare delle seguenti misure, **incompatibili** con la presente misura:
  - misura B1 per disabilità gravissima erogata da ATS;
  - voucher anziani e disabili ex dgr n.7487/2017 (Reddito di autonomia)
  - Home Care Premium/INPS HCP;
  - contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato;

- ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018

di beneficiare del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali (l'art. 4 lett. b prevede che per i beneficiari del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) al momento di presentazione della domanda o durante l'effettivo godimento del buono assistente familiare, l'importo dello stesso venga ridotto) e che:

- non intende rinunciare al servizio SAD OPPURE
- intende rinunciare al servizio SAD

di beneficiare del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali;

di frequentare un servizio diurno sociosanitario o sociale (CDD, CDI, CSE, SFA, SPAH):  
\_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali

### DICHIARA ALTRESI'

di avere necessità quotidiana di aiuto e supporto fornito dai seguenti familiari/caregiver:

1° nominativo \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_\_ sesso  M  F

residenza \_\_\_\_\_

indirizzo abitativo \_\_\_\_\_

grado di parentela rispetto al richiedente \_\_\_\_\_

2° nominativo \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_\_ sesso  M  F

residenza \_\_\_\_\_

indirizzo abitativo \_\_\_\_\_

di acquistare prestazioni da assistente personale e di avere regolare contratto di assunzione dell'assistente familiare per almeno 25 ore settimanali o dichiarare l'intenzione di volere assumere un assistente familiare (in tal caso il buono avrà decorrenza dalla data di effettiva assunzione dell'assistente familiare);

di essere in possesso di ISEE per prestazioni agevolate di natura socio sanitaria calcolato secondo quanto previsto negli artt. 3, 4 e 5 del D.P.C.M.159/2013 (DGR 3230 del 06-03-2015) s.m.i: ISEE sociosanitario uguale o inferiore a 25.000,00 € oppure

di essere in possesso di ISEE per prestazioni agevolate di natura socio sanitaria calcolato secondo quanto previsto negli artt. 3, 4 e 5 del D.P.C.M.159/2013 (DGR 3230 del 06-03-2015) s.m.i: ISEE ordinario per prestazioni agevolate per minorenni uguale o inferiore a € 40.000,00;

di impegnarsi, in caso di assegnazione di uno degli strumenti della misura B2, alla sottoscrizione del Progetto individuale e a dare all'Ufficio di Piano ogni comunicazione relativa ad eventi che comportano la decadenza del diritto di assegnazione entro dieci giorni dall'evento stesso;

di essere a conoscenza che l'Ufficio di Piano, ai sensi del D.Lgs. 109/1998 e del DPR 445/2000 art. 45, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora

dal controllo emergessero l'assenza di requisiti o l'errato ISEE, sarà revocato ogni beneficio, effettuato il recupero delle somme corrisposte e sarà inoltrata denuncia all'Autorità Giudiziaria;

- di essere a conoscenza che il Servizio Sociale di Base può procedere in ogni momento alla verifica del rispetto degli impegni assunti dal soggetto responsabile dell'accudimento (familiare o assistente personale) e dell'adeguata assistenza fornita.

**Modalità di pagamento:**

bonifico intestato al beneficiario (indicare coordinate bancarie IBAN):

IT 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_  
Luogo data

\_\_\_\_\_  
Firma estesa leggibile

**Allegati** alla domanda e dichiarazione del/della sig/sig.ra \_\_\_\_\_ per la richiesta del buono/voucher sociale mensile per caregiver familiare o assistente personale:

- attestazione ISEE in corso di validità; oppure
- dichiarazione di avvenuta presentazione della DSU (art. 11 c.9, DPCM 159/2013)
- Copia verbale invalidità civile con indennità di accompagnamento (con diagnosi) ovvero accertamento della condizione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992.
- Copia carta d'identità e Codice Fiscale del richiedente e di chi eventualmente compila la domanda
- ogni altra documentazione aggiornata attestante le condizioni sanitarie dell'interessato;
- copia sentenza del Tribunale di nomina del tutore/curatore/amministratore di sostegno del soggetto fragile;
- Per il solo buono assistente personale:** copia del contratto di assunzione dell'assistente familiare (almeno 25 ore settimanali) e dell'ultimo versamento INPS ( ovvero copia denuncia INPS in caso di stipula recente del contratto)

**L'Ufficio di Piano si riserva la possibilità di richiedere integrazioni della documentazione.**

---

## INFORMATIVA A TUTELA DELLA RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, nonché dell'art. 13 del d. lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" si porta a conoscenza dei richiedenti il buono sociale che:

1. i dati personali dell'interessato contenuti nella presente domanda saranno trattati per consentire l'espletamento della pratica amministrativa. I dati stessi verranno conservati negli archivi dell'Ufficio di Piano dell'ambito territoriale di Sondrio secondo le vigenti disposizioni in materia;
2. il conferimento dei dati è necessario ed in caso di rifiuto ne scaturirà l'impossibilità di espletare regolarmente la pratica con la conseguente esclusione dal beneficio;
3. tali dati verranno da noi comunicati ad uno o più soggetti determinati di seguito elencati, tenuti comunque, nel trattamento dei dati stessi, al rispetto delle norme contenute nel Codice: Operatori degli Uffici dell'ATS, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei Suoi dati personali risulti necessario o sia comunque funzionale per la valutazione multidimensionale;
4. i dati saranno trattati esclusivamente da personale e da organi interni all'Ufficio di Piano, per quanto concerne il procedimento amministrativo.
5. possono essere scambiati tra i predetti Enti o comunicati al Ministero delle Finanze, alla Guardia di Finanza e alle Amministrazioni certificanti per i controlli previsti.
6. il richiedente il buono/voucher sociale ha diritto di ottenere, a cura del titolare o del responsabile, senza ritardo, l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, qualora vi abbia interesse, l'integrazione dei dati;
7. il titolare del trattamento dei dati personali è l'Ufficio di Piano dell'ambito territoriale di Sondrio e che il responsabile del trattamento dei dati è il responsabile dell'Ufficio di Piano, domiciliato per la carica presso il Comune di Sondrio.

***VISTO: Firma apposta in mia presenza***

***Timbro e firma del funzionario incaricato***