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 CASTELCOVATI

DOMANDA BUONO SOCIALE A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE / ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITI AL PROPRIO DOMICILIO DA ASSISTENTE FAMILIARE ANNO 2020

(AI SENSI DELLA DGR N° XI/ 2720/2019)

…l…. sottoscritt……..

nat……..a……..prov……il……

residente in……(c.a.p.)……

Via/Piazza……..n°……

In qualità di Amministratore di Sostegno di

Nome……..Cognome……..

nat……..a……..prov……il……

residente in……(c.a.p.)……

Via/Piazza……..n°……

Codice fiscale……;

CHIEDE

Di usufruire del Buono Sociale a favore di persone con disabilità grave / anziani non autosufficienti assistiti al proprio domicilio da assistente familiare - anno 2020

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,

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

DICHIARA CHE IL PROPRIO AMMINISTRATO

A) È nat….a ……prov……..il……..

B) E' residente in……

C) che il nucleo familiare dell'amministrato, come definito dallo Stato di famiglia, è formato dalle seguenti persone:

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

D) di avere un ISEE sociosanitario non superiore ad euro 25.000

□SI □NO

E) che l' ISEE sociosanitario in mio possesso ha un valore di euro……

F) 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

G) di essere assistito presso il proprio domicilio da parte di un assistente familiare assunta con regolare contratto di lavoro, stipulato da parte dell'anziano oppure di un suo familiare

□SI □NO

H) che tale contratto è (barrare la voce relativa alla tipologia di contratto in essere):
□ contratto di assunzione a tempo pieno
□ contratto di assunzione a tempo part time

I) Di essere in possesso di un indice di fragilità sociale che evidenzi il grado di dipendenza nelle attività di vita quotidiana (ADL) e delle attività strumentali alla vita quotidiana (IADL)

□SI □NO

L) Di essere stato beneficiario della Misura B2 anno 2019

□SI □NO

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

M) Di NON usufruire di nessuna delle seguenti misure (incompatibili ai sensi della dgr 2720/2019):
- accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
- 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 in Unità d'offerta semiresidenziali sanitarie, sociosanitarie o sociali (es. regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, riabilitazione in diurno continuo, CDD, CDI, CSE, SFA);
- presa in carico con Sperimentazioni riabilitazione minori disabili in regime diurno (≥ 18 ore settimanali);
- 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;

O) di voler riscuotere il buono tramite accredito sul conto corrente bancario a me intestato o cointestato:

Codice IBAN : vedi documento rilasciato da Banca

BANCA …… FILIALE di ……..……

P) in caso di risposta negativa al punto O), di variazione o di chiusura del conto corrente sopra indicato, di delegare alla riscossione in contanti ..l… sig……..…… nato a …….. il ……. residente a ……..…… in via ……..… telefono …….. codice fiscale ……..…….

La presente delega se non revocata ha durata illimitata

Q) 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 perchè possa essere erogato il buono sociale. Tale documento dovrà essere sottoscritto dal servizio sociale comunale e dall'utente stesso beneficiario del buono sociale.

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.

Io sottoscritto…….……

Dichiaro

di non aver presentato domanda Misura B1

di essere consapevole che il Buono sociale in oggetto è incompatibile con

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

un altro intervento relativo alla Dgr XI/ 2720/2019 , Misura B2

e di informare tempestivamente il Servizio sociale del Comune di residenza, nel caso di successiva eventuale presentazione domanda misura B1

FIRMA

……..

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

1. fotocopia codice fiscale del richiedente
2. fotocopia carta d'identita' del richiedente
3. 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)**
4. copia del contratto di assunzione dell' assistente familiare (badante)
5. copia della documentazione attestante le spese sostenute per il servizio reso dall'assistente familiare, indicante i mesi di lavoro;
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
8. ADL/IADL a cura del servizio sociale
9. Nomina di sentenza dell' amministratore di sostegno del beneficiario

Data ……

FIRMA DEL RICHIEDENTE/
Amministratore di Sostegno

……..……

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