

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
MINORI NON AUTOSUFFICIENTI
ASSISTITI AL PROPRIO DOMICILIO DA CAREGIVER FAMILIARE
ANNO 2024**

(AI SENSI DELLA DGR XII/1669/2023 - XII/2033/2024 - XII/2166/2024)

Il/la sottoscritto/a.....
Codice fiscale.....
nato/a a.....prov.....il.....
residente in.....(c.a.p.).....
Via/Piazza.....n°.....
telefono.....email.....

in qualità di esercente la responsabilità genitoriale

CHIEDE

Per il minore.....
Codice fiscale.....
nato/a a.....prov.....il.....
residente in.....(c.a.p.).....
Via/Piazza.....n°.....

Di usufruire del Buono Sociale a favore di persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza assistiti al proprio domicilio da caregiver familiare

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

Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

B) di avere un ISEE ordinario non superiore ad euro 40.000,00

SI NO

C) che l' ISEE ordinario in mio possesso ha un valore di euro.....

D) che il minore è in possesso di 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) che il minore è assistito presso il proprio domicilio da parte di un caregiver familiare

SI NO

F) che il minore è in possesso di un indice di fragilità sociale che evidenzia 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) che il minore è stato beneficiario della Misura B2 anno 2023

SI NO

H) che il minore frequenta unità d'offerta semiresidenziali socio/sanitarie e/o sociali:

SI NO

I) che il minore NON usufruisce di nessuna delle seguenti misure (incompatibili ai sensi delle dgr XII/1669/2023 - XII/2033/2024 - XII/2166/2024):

- accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
- Misura B1;

L) che il minore non è beneficiario di un altro intervento relativo alle Dgr XII/1669/2023 - XII/2033/2024 - XII/2166/2024, Misura B2 (voucher sociale finalizzato a favorire la vita di relazione per minori con disabilità)

M) di essere consapevole che, a seguito della definizione della graduatoria, per gli aventi diritto verrà redatto 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.

N) di voler riscuotere il buono sociale tramite accredito sul **conto corrente bancario a me intestato o cointestato (NO libretto postale)** di cui allego le coordinate

Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

O) In caso di chiusura del CC indicato, delego alla riscossione (parte obbligatoria):

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 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 codice fiscale del beneficiario;
- 4- fotocopia carta d'identità del beneficiario;
- 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 ordinario 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 libretti postali);
- 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

Il sottoscritto.....

in qualità di esercente la responsabilità genitoriale del minore

.....

Dichiara

di essere consapevole che il Buono sociale in oggetto è incompatibile con un altro intervento relativo alle dgr XII/1669/2023 - XII/2033/2024 - XII/2166/2024, Misura B1

e di informare tempestivamente il Servizio sociale del Comune di residenza, in caso di riconoscimento del beneficio della misura B1.

Firma

.....