

## PIANO DI ZONA AMBITO TERRITORIALE VOGHERA E COMUNITÀ MONTANA OLTREPÒ PAVESE

All'Ufficio di Piano - Comune di Voghera  
Ambito Territoriale Voghera e Comunità Montana Oltrepò Pavese

DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE DEL BUONO SOCIALE A  
FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE O NON (D.G.R. n. 5791/2021)  
ANNO 2022

Il/la sottoscritto/a (cognome) .....(nome) .....

nato/a: ..... il ..... codice fiscale.....

residente a ..... in Via ..... n ..... CAP.....Prov. di.....

in qualità di (specificare il tipo di parentela con l'eventuale beneficiario) .....

Recapito telefonico (indicare sempre uno o più numeri di telefono specificando a chi corrispondono):

Tel. .... / ..... Sig. ....

Tel. .... / ..... Sig. ....

**CHIEDE L'ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE**

**Per compensazione delle prestazioni di assistenza assicurate dal care giver familiare**

**Destinatario dell'assistenza:**

Sig./sig.ra (cognome).....(nome) .....

nato/a: ..... il ..... codice fiscale.....

residente a ..... in Via ..... n ..... CAP.....Prov. di.....

Medico di famiglia..... Grado Invalidità .....

**Care giver:**

Sig./sig.ra (cognome).....(nome) .....

nato/a: ..... il ..... codice fiscale.....

residente a ..... in Via ..... n ..... CAP.....Prov. di.....

Grado di parentela .....

**Per prestazioni di personale di assistenza impiegato con regolare contratto**

**Destinatario dell'assistenza:**

Sig./sig.ra (cognome).....(nome) .....

nato/a: ..... il ..... codice fiscale.....

residente a ..... in Via ..... n ..... CAP.....Prov. di.....

Medico di famiglia..... Grado Invalidità .....

**Dati relativi all'assistente familiare:**

Sig./sig.ra (cognome).....(nome) .....

nato/a: ..... il ..... codice fiscale.....

residente a ..... in Via ..... n ..... CAP.....Prov. di.....

Tipologia contratto e orario dedicato.....

numero di ore settimanali.....

A tal fine allega:

- copia del verbale d'invalidità;
- certificazione di handicap ai sensi del D.P.C.M. n. 159/2013;
- certificazione della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge n. 104/1992;
- certificazione indennità di accompagnamento ai sensi L. n. 18/1980 e L. n. 508/1988;
- attestazione ISEE sociosanitario in corso di validità (ISEE ordinario in caso di minori);
- copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del beneficiario e del richiedente (se distinto);
- eventuale copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno;
- delega in caso di C/C non intestato al beneficiario del contributo.

Nelle more della definizione del processo di accertamento l'istanza può essere comunque presentata (la certificazione deve essere presentata entro il 23.05.2022).

Inoltre, essendo a conoscenza dei criteri e dei benefici previsti dalla dgr n. XI/5791/2021 e delle incompatibilità di questi con la fruizione di alcuni servizi ed interventi

#### DICHIARA

che la persona in condizione di gravissima disabilità attualmente:

- è inserita in una Unità d'offerta residenziale socio-sanitaria o sociale  NO  SI;

(es. Residenza Sanitario assistenziale per Anziani, Residenza Sanitario Assistenziale per Disabili, Comunità Alloggio sociosanitaria, Hospice, Misura residenzialità per minori con gravissima disabilità, Comunità Alloggio Disabili, Comunità Educativa, ...)

- è inserita in una Unità d'offerta semiresidenziale socio-sanitaria o sociale  NO  SI;

(es. Centro Diurno per Disabili, Centro Diurno Integrato per anziani, Riabilitazione in diurno continuo, regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, Centro Socio educativo, Sperimentazione riabilitazione minori disabili diurna ...)

Se **SI** per un totale ore settimanale di \_\_\_\_\_

USUFRUISCE dei seguenti servizi/misure:

- misura RSA aperta (ex dgr 7769/2018)  NO  SI eventuale data di dimissione \_\_\_\_\_

- buono progetti vita indipendente PRO.VI per onere assistente personale  NO  SI

- misura Bonus per assistente familiare (ex l.r. 15/2015 e smi)  NO  SI

- voucher anziani al caregiver di persona non autosufficiente (ex DGR 7487/2017)  NO  SI

- misura Home Care Premium/INPS  NO  SI

specificare la tipologia di sostegno \_\_\_\_\_

- misura B1 (ex DGR n. XI/5791/2021)  NO  SI

- altri contributi economici/misure di sostegno/servizi  NO  SI

specificare \_\_\_\_\_

- A tal fine dichiara che il nucleo familiare di convivenza risulta così composto:

| Cognome e Nome | Grado di parentela/altro | Data di nascita |
|----------------|--------------------------|-----------------|
|                |                          |                 |
|                |                          |                 |
|                |                          |                 |
|                |                          |                 |
|                |                          |                 |
|                |                          |                 |

- che si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni relative alle condizioni economiche, al ricovero in istituto, ai cambiamenti anagrafici ed a qualsiasi altro evento che modifichi le dichiarazioni rese ai fini dell'erogazione di eventuali provvidenze economiche;
- di essere consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. n. 445/2000);
- nel caso del buono per compensazione delle prestazioni di assistenza assicurate dal care giver familiare, il richiedente condivide e sottoscrive un progetto individualizzato con l'Assistente Sociale, che è soggetto a verifiche periodiche;
- nel caso del buono per prestazioni di assistente familiare impiegato con regolare contratto, il richiedente dovrà regolarmente produrre la certificazione dei compensi erogati per sostenere il costo dell'assistente familiare.

In caso di assegnazione, l'erogazione del Buono Sociale sarà effettuata con bonifico bancario o postale intestato al titolare del Buono

BANCA ..... filiale .....

C/C n. .... intestato a .....

CODICE IBAN .....

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_