

	Amministrazione destinataria	
	Ufficio destinatario	

## Domanda di ammissione ai servizi

Il sottoscritto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
Tessera sanitaria			Medico di base			Esenzione ticket			Stato civile		
Soggetto interessato											
<input type="radio"/>	per se stesso										
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato										
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Sesso		Data di nascita		Luogo di nascita			Cittadinanza				
In qualità di (*)											

In qualità di (\*):

amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

### CHIEDE

di poter usufruire del seguente servizio o contributo economico

<b>ACCESSO ALLA MISURA B2 – ANNUALITA' 2025</b>	
<input type="radio"/>	<b>NUOVA ISTANZA</b>
<input type="radio"/>	<b>PROSECUZIONE DELLA PRESA IN CARICO</b>

Avvalendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### CHIEDE

che venga erogato un contributo a favore del beneficiario per la seguente misura:

- Buono sociale Caregiver Familiare
- Buono sociale Assistente Familiare professionale
- Assegno di autonomia
- Voucher sociale minori
- Voucher sociale adulti
- Voucher sociale anziani

### DICHIARA

- di impegnarsi a collaborare con il servizio sia nella fase di valutazione che di realizzazione di quanto richiesto;
- di impegnarsi a predisporre comunicazione formale in caso di interruzione del servizio o sospensione del progetto per motivazione specifica;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni cambio di residenza;
- di aver preso visione del BANDO PER L'EROGAZIONE DI BUONI SOCIALI IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA ANNO 2025 dell'Ambito Alto Sebino;
- di possedere tutti i requisiti necessari per l'accesso alla misura e di non trovarsi in nessuna condizione di incompatibilità.

Che il BENEFICIARIO possiede i seguenti requisiti di ammissione:

- condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 ovvero beneficiare dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988;
- limitata o assente autonomia motoria nello svolgimento delle attività della vita quotidiana e fragilità sociale.
- che il valore dell'ISEE DEL BENEFICIARIO in corso di validità è inferiore a € 40.000 per minori (ISEE ordinario) ed inferiore ad € 25.000 per adulti (ISEE sociosanitario)  
SPECIFICARE VALORE ISEE \_\_\_\_\_ (dato obbligatorio)  
INDICARE NUMERO PROTOCOLLO DSU/ISEE \_\_\_\_\_ (dato obbligatorio).

Precisa altresì:

- Di non frequentare Unità di Offerta semiresidenziali;
- Di frequentare Unità di Offerta semiresidenziali per numero ore settimanali: \_\_\_\_\_ (indicare numero di ore);

**INDICA COME CAREGIVER FAMILIARE DEL DESTINATARIO DELLA MISURA B2** da indicare nel Progetto di Vita Individuale Personalizzato e Partecipato perché coinvolto attivamente nell'attuazione dei Piani di Assistenza

il sig. (cognome e nome) \_\_\_\_\_

in qualità di (indicare rapporto di parentela) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_

Codice fiscale (vedi allegato)

## MODALITA' DI EROGAZIONE DEL BUONO (solo in caso di BUONO)

- In caso di ammissione il beneficio economico è da erogare su conto corrente bancario/postale intestato o cointestato al Beneficiario:

NOME E COGNOME INTESTATARIO CONTO: \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_

DENOMINAZIONE ISTITUTO DI CREDITO: \_\_\_\_\_

IBAN: allegare copia estremi da CC

### Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Copia della carta di identità e del codice fiscale del richiedente, <input type="checkbox"/> Copia della carta di identità e del codice fiscale della persona non autosufficiente con grave o gravissima disabilità, <input type="checkbox"/> Copia della carta di identità e del codice fiscale del caregiver principale indicato nella richiesta; <input type="checkbox"/> Se il destinatario del buono è cittadino extracomunitario allegare copia del permesso di soggiorno in corso di validità; <input type="checkbox"/> Attestazione ISEE attinente alla tipologia di beneficio richiesto in corso di validità;
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare) <input type="checkbox"/> <u>Qualora la domanda non sia continuità con la misura B2 anno 2024</u> : Verbale di invalidità ove si evinca riconoscimento indennità di accompagnamento o verbale di riconoscimento L. 104/1992 art. 3 comma 3. In attesa della definizione dell'accertamento della L. 104/1992 autocertificazione di presentazione dell'istanza per il riconoscimento della L. 104/1992; <input type="checkbox"/> <u>qualora il buono venisse richiesto per compensare le prestazioni di assistente familiare impiegato con regolare contratto</u> : contratto di assunzione dell'assistente familiare e le ultime 3 buste paga

### Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Luogo	Data	Il dichiarante