

MODULO PER DOMANDA DI PROSECUZIONE

BANDO
PER L'EROGAZIONE DI MISURE A FAVORE DEGLI ANZIANI NON
AUTOSUFFICIENTI A BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE E DELLE PERSONE IN
CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVE
PER ASSISTENZA DIRETTA ED INDIRETTA

(D.G.R. N. 3719/2024)

Approvato dall'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito di Broni e Casteggio in data 01.04.2025

ALL'UFFICIO DI PIANO
DELL'AMBITO DISTRETTUALE
DEL PIANO DI ZONA
BRONI E CASTEGGIO(PV)
Piazza Garibaldi 12
27043 Broni (PV)

ISTANZA PER L'EROGAZIONE DI MISURE A FAVORE DEGLI ANZIANI NON
AUTOSUFFICIENTI A BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE E DELLE PERSONE IN
CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVE PER ASSISTENZA DIRETTA ED INDIRETTA
(D.G.R. N. 3719/2024)

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a..... il.....

Prov..... C.F.

Residente in Via.....n°.....

Comune di.....Cap.....Prov.....

TEL.....EMAIL.....

TEL.....

Indicare sempre uno o più numeri di telefono specificando a chi corrisponde (familiare, persona di riferimento ecc..)

Domicilio (se diverso dalla residenza):

Via.....n°.....

Comune di.....Cap.....Prov.....

In qualità di:

- ☐ diretto interessato
- ☐ familiare (*specificare grado parentela o affinità*)
- ☐ amministratore di sostegno (allegare decreto di nomina)

del **beneficiario** indicato di seguito

Cognome e nome

Nato/a..... il

Prov.....C.F.....

TEL.....EMAIL.....

Residente in Via.....n°.....

Comune di.....Cap.....Prov.....
Domicilio (se diverso dalla residenza)
Via.....n°.....
Comune di.....Cap.....Prov.....

CHIEDE L'ASSEGNAZIONE IN CONTINUITA' DI:

Assistenza indiretta

☐ del Buono Sociale (misura B2) per assistenza resa dal caregiver familiare a favore di persona

☐ ultrasessantacinquenne ☐ adulta con disabilità ☐ minorenni con disabilità

☐ del Buono Sociale (misura B2) per assistenza resa dall'assistente familiare"

☐ ultrasessantacinquenne ☐ adulta con disabilità ☐ minorenni con disabilità

☐ del Buono per progetto di vita indipendente mediante assunzione di assistente familiare a favore di persona con disabilità;

E L'ASSEGNAZIONE IN CONTINUITA'/NON IN CONTINUITA' DI:

Assistenza diretta

☐ di prestazione socioassistenziale/tutelare a domicilio (assistenza domiciliare);

☐ di ricovero temporaneo in struttura residenziale;

☐ di prestazione socioeducativa/educativa a favore della persona con disabilità/non autosufficienza in contesti socializzanti (fuori dal domicilio), anche tramite sviluppo di progettualità, finalizzato al "sollevio" del caregiver.

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

in riferimento alla persona beneficiaria dell'intervento:

- ✓ Di aver preso visione del "**Bando per l'erogazione di misure a favore degli anziani non autosufficienti a basso bisogno assistenziale e delle persone in condizione di disabilità grave per assistenza diretta ed indiretta**", approvato dall'assemblea dei Sindaci dell'ambito di Broni e Casteggio nella seduta del 01.04.25;
- ✓ Di confermare la condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 o beneficiario dell'indennità di accompagnamento già in possesso dei vostri uffici;
- ✓ Di voler aggiornare la propria condizione di gravità, allegando la relativa documentazione;
- ✓ Di essere residente nel Comune di(PV);
- ✓ Di essere in possesso di conteggio ISEE pari ad €;
- ✓ Che la persona che si occupa del beneficiario, in caso di caregiver familiare, è il/la Sig./Sig.ra;
- ✓ Di essere a conoscenza che la prestazione sarà erogata, con le regole esplicitate nel bando;

- ✓ Di avvalersi di personale di assistenza regolarmente assunto con contratto valido dal _____ al _____ per un monte ore settimanale pari a: _____;
- ✓ Di frequentare l'unità d'offerta semiresidenziale sociosanitaria o sociale (es. CDD, RSD ecc.) per n° di ore pari a: _____;
- ✓ Di beneficiare dei seguenti servizi (barrare con X):
 - ☐ interventi di assistenza domiciliare: Assistenza Domiciliare Integrata, Servizio di Assistenza Domiciliare;
 - ☐ interventi di riabilitazione in regime ambulatoriale o domiciliare:
 - ☐ ricovero ospedaliero e/o riabilitativo;
 - ☐ ricovero di sollievo per adulti per massimo 60 giorni programmabili nell'anno, per minori per massimo 90 giorni;
 - ☐ sostegni DOPO DI NOI (specificare se infrastrutturali o gestionali).....;
 - ☐ bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015.
 - ☐ misura B1;
 - ☐ ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
 - ☐ contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI – per onere assistente personale regolarmente impiegato;
 - ☐ presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;
 - ☐ prestazioni previste da Home Care Premium
 - ☐ Prestazione Universale di cui agli art. 34- 36 del D. Lgs 29/2024
 - ☐ altro (specificare)_____
- ✓ Di impegnarsi a comunicare tempestivamente l'eventuale ricovero in struttura sanitaria o socio sanitaria, ovvero qualsiasi variazione dei requisiti dichiarati nella presente domanda che implicassero l'insorgere di incompatibilità o la modifica/revoca del beneficio, consapevole che l'omessa comunicazione potrebbe compromettere l'erogazione del buono sociale e la richiesta di restituzione di quanto indebitamente percepito, per i motivi elencato dal bando;
- ✓ Di essere a conoscenza che in caso di domanda non compilata in ogni sua parte e/o non presentazione della documentazione o integrazione della stessa entro i termini indicati dal bando, come da sottostante sezione, l'istanza sarà considerata non completa e pertanto ritenuta non ammissibile;
- ✓ Di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e D.Lgs. n. 101/2018 e - per gli adempimenti connessi alla presente procedura - possano essere comunicati ai seguenti soggetti:
 - operatori dei Comuni/Uffici di Piano, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale;
 - operatori degli Uffici dell'ASST afferenti all'ATS, appositamente incaricati, nell'ambito di verifiche e di progetti specifici finalizzati all'integrazione dei servizi socio-assistenziali con i servizi socio-sanitari;
 - soggetti afferenti al “sistema di cura” della persona con disabilità - MMG/PDL/Caregiver familiare, Erogatore ADI, Centri specialistici di riferimento al fine di acquisire tutte le informazioni utili al compimento della valutazione ed alla stesura del progetto individuale.

Indicare il conto corrente su cui eventualmente verrà accreditato il buono sociale, se riconosciuto.

Banca (NO POSTEPAY e NO LIBRETTO POSTALE)

IBAN

Conto intestato a:

NOME COGNOME.....CODICE FISCALE.....
RESIDENTE IN VIA N°..... CITTA' CAP

Si impegna a comunicare ogni variazione dell'Iban, ed ogni altra variazione inerente al beneficiario, compatibilmente con le finalità del buono sociale e del relativo bando.

DOCUMENTI OBBLIGATORI DA ALLEGARE

1. Attestazione ISEE in corso di validità ISEE:
 - a) Socio-sanitario (per adulti e anziani)
 - b) ISEE ordinario (per minori)
2. Copia documento di identità del richiedente;
3. Eventuali documenti obbligatori (invalidità, documenti di identità, contratto assistente familiare) se variati dal 01.08.2024.

Luogo e data
_____, li _____

FIRMA