Spett.le Comune di _____

DOMANDA di ACCESSO ALLA VALUTAZIONE PER L'EROGAZIONE DI CONTRIBUTI ECONOMICI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' CON NECESSITA' DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO E PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI A BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE FNA 2025 (esercizio 2026) E FNA 2026 (esercizio 2027)

DELIBERAZIONE N.XII/6320 DEL 15/06/2026

Il/La sottoscritto/a
Cognome _____Nome _____
nato/a a _____ prov. (_____) il _____/_____/_____
codice fiscale _____
residente a _____ prov. (_____) cap _____
in via/piazza _____ n° _____
tel_____ e-mail_____

in qualità di :

£ diretto interessato

oppure

£ tutore/curatore/procuratore (provvedimento nomina _____)

£ genitore, in possesso della responsabilità genitoriale:

- £ in via esclusiva
- £ in modo congiunto

del/la Sig./Sig.ra o minore affetto/a da grave disabilità:

Cognome _____Nome _____
nato/a a _____ prov. (_____) il _____/_____/_____
codice fiscale _____
residente a _____ prov. (_____) cap _____
in via/piazza _____ n° _____

CHIEDE

£ l'assegnazione del **Buono sociale mensile** per caregiver familiare, finalizzato a compensare le prestazioni assicurate dal solo caregiver familiare.

£ L'assegnazione del **Buono sociale mensile Assistenti familiari** in caso di personale di assistenza regolarmente impiegato anche in presenza di caregiver familiare.

£ **Assegno di Autonomia** per persone con disabilità grave, che intendono realizzare il proprio progetto di vita indipendente senza il supporto del caregiver familiare, ma con l'ausilio di un assistente familiare.

DICHIARA

che la persona in condizioni di grave disabilità:

- è residente nel Comune dove presenta la domanda;
- si trova in condizione di gravità come accertata ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge 104/1992 ovvero di aver presentato domanda di richiesta di accertamento della condizione di cui all'art.3, comma 3 della L.104/1992 all'ASST di competenza oppure condizione di invalidità al 100% e beneficio dell'indennità di accompagnamento, ovvero con certificazione di disabilità di cui al Dlgs. 62/24;
- presenta una situazione economica certificata dall'attestazione ISEE (D.Lgs. 159/2013):

  - non superiore a € 40.000,00 per minori (ISEE ordinario);

  - non superiore a € 25.000,00 per adulti e anziani (ISEE socio sanitario)**;**

  - non superiore a € 30.000,00 per progetti di vita indipendente (ISEE socio sanitario).

DICHIARA

che la persona in condizione di grave disabilità <u>attualmente</u>:

FREQUENTA servizi prima infanzia ☐ NO ☐ SI

FREQUENTA la scuola (tutti i gradi fino alla scuola media superiore) ☐ NO ☐ SI

È INSERITA in una Unità d'offerta residenziale socio-sanitaria o sociale ☐ NO ☐ SI

(es. Misura residenzialità per minori con gravissima disabilità, Comunità Alloggio Disabili, Comunità Educativa …)

È INSERITA in una Unità d'offerta semiresidenziale sanitaria, socio-sanitaria o sociale ☐ NO ☐ SI

(es. Centro Diurno per Disabili, 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 _____ *nei seguenti giorni* _____

USUFRUISCE dei seguenti servizi/misure:

- servizi domiciliari comunali

(se si quali e per quante ore settimanali? _____) ☐ NO ☐ SI

- misure rivolte alle persone con disabilità e necessità di sostegno intensivo molto elevato o alle persone anziane non autosufficienti con alto bisogno assistenziale (ex Misura B1) ☐ NO ☐ SI

- altri contributi economici/misure di sostegno

(Se si, quali _____) ☐ NO ☐ SI

- altri servizi ☐ NO ☐ SI

(eventuale data di dimissione _____/_____/_____)

DICHIARA

di essere a conoscenza che in caso di domanda non compilata in ogni sua parte e/o non presentazione della documentazione, indicata nella sottostante sezione ALLEGA, 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 novellato dal D.Lgs. n. 101/2018. In mancanza del consenso al trattamento dei dati, l'Ente preposto sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richiesti e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge;

di essere consapevole ed accettare che **l'accesso in graduatoria** che determinerà l'ammissione o meno al beneficio, in relazione alle risorse disponibili, è subordinata alla valutazione della fragilità sociale del beneficiario dell'intervento operata, anche telefonicamente, dall'assistente sociale attraverso specifici strumenti di valutazione (scheda ADL e IADL, scheda provinciale di valutazione sociale, triage);

di essere consapevole che il buono sociale verrà erogato alle persone che risulteranno **ammesse al beneficio** a seguito del risultato ottenuto nella graduatoria di Ambito, in relazione anche ai fondi disponibili e nel riconoscimento delle priorità e criteri di acceso stabiliti nel Bando;

di impegnarsi, quale condizione indispensabile per l'erogazione del contributo, a condividere e sottoscrivere un **progetto personalizzato**, concordato dalla famiglia con l'assistente sociale referente del caso, sulla base di quanto richiesto e della valutazione sociale operata;

di essere consapevole che l'assistente sociale nell'arco del periodo di erogazione del buono effettuerà **verifiche** (tramite colloqui, visite domiciliari ecc..) relative al corretto svolgimento del progetto e che pertanto il buono non verrà erogato se la famiglia non condivide la sottoscrizione del progetto o se viene verificata da parte dell'assistente sociale la mancata realizzazione dello stesso;

di **impegnarsi a comunicare al Servizio Sociale del Comune**:

1. l'eventuale ricovero in ospedale, in istituto di riabilitazione o in strutture residenziali;
2. gli eventuali altri motivi che facciano venir meno la necessità di cure domiciliari o il diritto alla concessione del contributo;
3. l'eventuale decesso della persona beneficiaria.

di non trovarsi in nessuna delle cause di **incompatibilità** previste dall'Avviso pubblico;

di comunicare, ai fini dell'accreditamento del buono, gli **estremi di pagamento:**

☐ conto corrente[1] IBAN __
Banca_____ agenzia di_____ _____

intestato a_____C. F. _____

Residente a _____ in via _____

Nel caso di conto corrente cointestato indicare i dati dei titolari:

Nominativo _____ CF_____

Residente a _____ in via _____

Nominativo _____ CF_____

Residente a _____ in via _____

[1] Si ricorda che non è possibile effettuare bonifici su libretti postali.

Per gli adempimenti connessi alla presente procedura si precisa che:

- I dati personali o sensibili presenti nell'istanza, sono necessari per poter erogare le prestazioni, i servizi e i contributi richiesti, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all'attività dell'Ente. I dati stessi potranno essere trattati anche in seguito al termine della prestazione erogata, nei limiti sopraindicati.
- Il trattamento e l'archiviazione dei dati avverrà mediante l'utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere eseguito sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici.
- I dati forniti non saranno diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

A tal fine **ALLEGA**

*(tutti i documenti elencati sono **obbligatori** per l'accoglimento della domanda)*

- modello ISEE in corso di validità alla data di presentazione della domanda;
- copia del verbale di invalidità civile da cui risulti il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o della dichiarazione di condizione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013 o della certificazione di disabilità di cui al Dlgs. 62/2024.
- copia del documento d'identità in corso di validità e del codice fiscale del beneficiario e del dichiarante *(si ricorda che in caso di responsabilità genitoriale congiunta deve essere prodotta da entrambi i genitori);*
- copia del documento d'identità o permesso di soggiorno dell'assistente familiare o domanda di rinnovo, se straniera; lettera d'assunzione o contratto indicante le ore di lavoro; bollettini trimestrali attestanti il versamento dei contributi previdenziali e assicurativi.

Luogo e data , _____

L'assistente sociale _____

Firma del Dichiarante_____

In caso di minore:

Firma dell'altro genitore in possesso della responsabilità genitoriale _____