



Ente Gestore  
COMUNITÀ MONTANA  
VALTELLINA DI MORBEGNO  
Viale Stelvio n. 23/A - 23017 Morbegno (So)  
C.F. 91000680149

UFFICIO DI PIANO MORBEGNO  
5° Piano Distretto Socio-Sanitario ATS  
Via Martinelli n.13 - 23017 Morbegno (So)



**DOMANDA BUONI SOCIALI MENSILI  
PER CAREGIVER FAMILIARE O ASSISTENTE PERSONALE IMPIEGATO  
DGR 5791/2021 – Misura B2 (FNA 2021 – Esercizio 2022)**

Determinazione n. 218 del 05.05.2022 - Allegato 2)

PRATICA ID	PROTOCOLLO
<hr/>	

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

in qualità di  DIRETTO INTERESSATO

oppure di  FAMILIARE (*grado di parentela*) o CONVIVENTE \_\_\_\_\_

TUTORE nominato con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

CURATORE nominato con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE L'ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE MENSILE MISURA B2 di cui alla DGR 5791/2021 per**

- CAREGIVER FAMILIARE
- ASSISTENTE PERSONALE

**L'ISTANZA PRESENTATA E'**

- in prosecuzione con l'anno 2021
- in prosecuzione con l'anno 2021  
(con variazione delle condizioni soggettive e conseguente aggiornamento della documentazione)
- nuova (mai presentata negli anni passati)

**A tal fine, consapevole delle responsabilità penali che si assume ai sensi dell'art. 76, DPR 445/2000, s.m.i., per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità**

**DICHIARA<sup>1</sup>**

- di aver preso visione del Bando per l'erogazione del buono sociale sopraindicato e di accettarne le condizioni;
- di beneficiare di indennità di accompagnamento di cui alla legge 18/1980 e s.m.i. con L. 508/1988, pari ad € \_\_\_\_\_;
  - OPPURE** possedere certificazione di gravità accertata ai sensi art. 3, comma 3 legge 104/1992;
  - OPPURE** di essere in attesa di definizione di accertamento;
- di possedere un **ISEE 2022** sociosanitario di € \_\_\_\_\_
- di non beneficiare della Misura B1 ai sensi della DGR 5791/2021;
- di non beneficiare della Misura RSA Aperta, ex DGR 7769/2018;
- di non beneficiare del contributo PRO.VI. per onere assistente personale regolarmente impiegato;
- di non beneficiare di Home Care Premium/INPS HCP con prestazione prevalente;
- di beneficiare di altri interventi o di sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti pubblici o privati o da Enti previdenziali (es. *DOPO DI NOI, Home Care Premium/INPS HCP con prestazione integrativa*): \_\_\_\_\_

**CHE LA PERSONA DISABILE GRAVE O NON AUTOSUFFICIENTE**

- è in carico all'**Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**, per n. \_\_\_\_\_ accessi mensili;
- è beneficiaria del **Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)**, per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali;
- frequenta uno dei servizi diurni sociosanitari o sociali come di seguito specificato:
  - Centro Diurno Disabili (CDD)**
  - Centro Socio Educativo (CSE)**
  - Servizio Formazione all'Autonomia (SFA)**
  - Altro (*specificare*) \_\_\_\_\_
- è nelle seguenti condizioni di dipendenza previste nelle attività essenziali per la vita quotidiana. In caso di età inferiore a 65 anni presenza di almeno 4 condizioni di dipendenza, ovvero:

<input type="checkbox"/> fare il bagno	<input type="checkbox"/> vestirsi	<input type="checkbox"/> uso servizi igienici
<input type="checkbox"/> spostarsi	<input type="checkbox"/> continenza	<input type="checkbox"/> alimentarsi

<sup>1</sup> **Barrare le caselle che interessano e compilare la dichiarazione relativa in ogni sua parte**

## CHE L'ASSISTENZA E' GARANTITA DA

**Persona familiare**

(cognome, nome e grado di parentela) \_\_\_\_\_

N. ore giornaliere \_\_\_\_\_ per un totale di n. ore settimanali \_\_\_\_\_

**Assistente personale**

**convivente** tempo pieno (54 ore settimanali)

**non convivente** N. ore giornaliere \_\_\_\_\_ per un totale di n. ore settimanali \_\_\_\_\_

---

### DICHIARA INOLTRE

- di essere stato informato che le domande verranno accettate previa verifica dei requisiti e liquidate sino ad esaurimento dei fondi disponibili, secondo quanto stabilito da Bando approvato;
- di essere stato informato che il possesso dei requisiti non implica l'automatico riconoscimento dei benefici;
- di essere informato che la valutazione dell'istanza sarà effettuata sulla base delle dichiarazioni rese e della documentazione allegata o già in possesso dell'UDP;
- di impegnarsi, in caso di assegnazione del buono sociale, alla sottoscrizione del Piano di Assistenza Individualizzato e a dare all'Ufficio di Piano ogni comunicazione relativa ad eventi che comportano la decadenza del diritto di assegnazione del buono entro dieci giorni dall'evento stesso;
- di essere a conoscenza che l'Ufficio di Piano, ai sensi del D.Lgs. 109/1998 e del DPR 445/2000 art. 45, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emergessero l'assenza di requisiti o l'errato ISEE, sarà revocato ogni beneficio, effettuato il recupero delle somme corrisposte e sarà inoltrata denuncia all'Autorità Giudiziaria;
- di essere a conoscenza che l'Ufficio di Piano può procedere in ogni momento alla verifica del rispetto degli impegni assunti dal soggetto responsabile dell'accudimento (familiare o assistente personale) e dell'adeguata assistenza fornita e che l'erogazione del buono sociale sarà sospesa qualora venissero rilevati incuria e/o abbandono del soggetto fragile.

### MODALITA' DI ACCREDITO IN CASO DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE

sul conto corrente Bancario/Postale **del beneficiario**

come da allegata attestazione titolarità conto corrente/stampa IBAN dell'istituto bancario/postale.

sul conto corrente Bancario/Postale **del familiare**

come da allegata attestazione titolarità conto corrente/stampa IBAN dell'istituto bancario/postale.

intestato a \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

Codice Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

*Si precisa che l'unica carta di credito emessa dalle POSTE e abilitata per l'accredito da parte della Comunità Montana è POSTEPAY EVOLUTION. Tutte le altre card emesse dalle Poste sono "autorizzate" solo per gli accrediti da parte di INPS (es. pensione, reddito di cittadinanza, ecc.).*

## DOCUMENTAZIONE da allegare in fotocopia

- Carta d'identità del beneficiario e di chi eventualmente compila la domanda;
- Attestazione ISEE 2022 (*Indicatore Situazione Economica Equivalente*) sociosanitario. Se il richiedente è minorenne, ISEE per prestazioni agevolate per minorenni;
- Verbale invalidità civile con diagnosi e indennità accompagnamento, oppure certificazione della condizione di gravità come accertata ai sensi della Legge 104/1992 art. 3 comma 3, in corso di validità;
- Documentazione sanitaria aggiornata;
- Attestazione titolarità conto corrente oppure stampa dell'istituto bancario/postale dell'IBAN del beneficiario;
- Per chi richiede il buono assistente personale** allegare:
  - Contratto di assunzione dell'assistente personale;
  - Ultimo versamento INPS relativo ai contributi per l'assistente familiare, ovvero copia denuncia INPS se il contratto è stato stipulato di recente.

---

### INFORMATIVA A TUTELA DELLA RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI

*Ai sensi del regolamento europeo 2016/679 (Gdpr) si porta a conoscenza dei richiedenti che:*

1. *i dati personali dell'interessato contenuti nella presente domanda saranno trattati per consentire l'espletamento della pratica amministrativa. I dati stessi verranno conservati negli archivi dell'Ufficio di Piano dell'ambito territoriale di Morbegno (Ente gestore: Comunità Montana Valtellina di Morbegno), secondo le vigenti disposizioni in materia;*
2. *il conferimento dei dati è necessario ed in caso di rifiuto scaturirà l'impossibilità di espletare regolarmente la pratica con la conseguente esclusione dal beneficio;*
3. *i dati saranno trattati esclusivamente da personale e da organi interni all'Ufficio di Piano, per quanto concerne il procedimento amministrativo;*
4. *i dati possono essere scambiati tra i predetti Enti o comunicati al Ministero delle Finanze, alla Guardia di Finanza e alle Amministrazioni certificanti per i controlli previsti.*
5. *il richiedente ha diritto di ottenere a cura del titolare o del responsabile, senza ritardo, l'aggiornamento, la rettifica, ovvero, qualora vi abbia interesse, l'integrazione dei dati.*
6. *il titolare del trattamento dei dati personali è l'Ufficio di Piano dell'ambito territoriale di Morbegno e che il responsabile del trattamento dei dati è il responsabile dell'Ufficio di Piano, domiciliato per la carica presso l'Ente gestore, Comunità Montana Valtellina di Morbegno.*

---

Luogo e data

---

Firma