

- persona con **età inferiore ai 65 anni**: presenza di almeno 4 condizioni di dipendenza totale (codice B Scala A.D.L.) nelle attività essenziali per la vita quotidiana:
- fare il bagno
 - vestirsi
 - uso dei servizi igienici
 - spostarsi
 - continenza
 - alimentarsi
- Minore con disabilità grave certificata, anche in assenza delle condizioni di dipendenza nelle attività essenziali per la vita quotidiana, purché **necessitino di assistenza h 24**, attestata anche dall'indennità di accompagnamento
- Persona affetta da demenza grave certificata, anche in assenza delle condizioni di dipendenza nelle attività essenziali per la vita quotidiana, purché **necessitino di assistenza h 24**, attestata anche dall'indennità di accompagnamento
- persona **con età uguale o superiore ai 65 anni**: presenza di 6 condizioni di dipendenza totale (codice B Scala A.D.L.) nelle attività essenziali per la vita quotidiana:
- ✓ fare il bagno
 - ✓ vestirsi
 - ✓ uso dei servizi igienici
 - ✓ spostarsi
 - ✓ continenza
 - ✓ alimentarsi.

A tal fine, il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell'art. 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

(barrare solo le condizioni che ricorrono)

- di aver preso visione del bando per l'erogazione dei buoni/voucher sociali e di accettarne le condizioni;
- di essere residente in uno dei Comuni dell'ambito territoriale di Sondrio;
- di essere beneficiario dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n.18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988,
- oppure di essere in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992. In questo ultimo caso l'istanza può essere comunque presentata in attesa di definizione dell'accertamento;
- di avere necessità di assistenza continuativa nelle 24 ore;
- di non beneficiare di altre assegnazioni, come precisato all'art. 8 del bando ovvero di beneficiare delle seguenti misure:
- misura B1 per disabilità gravissima erogata da ATS;
 - voucher anziani e disabili ex dgr n.7487/2017 (Reddito di autonomia)
 - bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n.15/2015.
 - sostegni DOPO DI NOI (specificare il tipo di sostegno) _____
 - Home Care Premium/INPS HCP, prestazione prevalente;
 - prestazioni integrative previste da Home Care Premium/INPS HCP per n. _____ ore settimanali;

di beneficiare del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) per n. _____ ore settimanali (l'art. 4 lett. a e b prevede che per i beneficiari del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) al momento di presentazione della domanda o durante l'effettivo godimento del buono/voucher, l'importo dello stesso venga ridotto) e che:

non intende rinunciare al servizio SAD OPPURE

intende rinunciare al servizio SAD

di beneficiare del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per n. _____ ore settimanali;

di frequentare un servizio diurno sociosanitario o sociale (CDD, CDI, CSE, SFA, SPAH):
_____ per n. _____ ore settimanali

di aver preso visione di quanto disposto del bando che prevede la riduzione dell'importo del buono/voucher per i frequentanti i Centri Diurni Socio Sanitari o Sociali (CDD - CDI - CSE - SFA) e per i beneficiari di sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti pubblici o privati o da Enti previdenziali (es. INPS /Home Care Premium)

DICHIARA ALTRESI'

di avere necessità quotidiana di aiuto e supporto fornito dai seguenti familiari/caregiver:

1° nominativo _____

data di nascita _____ sesso M F

residenza _____

indirizzo abitativo _____

grado di parentela rispetto al richiedente _____

2° nominativo _____

data di nascita _____ sesso M F

residenza _____

indirizzo abitativo _____

di acquistare prestazioni da assistente personale e di avere regolare contratto di assunzione dell'assistente familiare per almeno 25 ore settimanali o dichiarare l'intenzione di volere assumere un assistente familiare (in tal caso il buono avrà decorrenza dalla data di effettiva assunzione dell'assistente familiare);

di essere in possesso di ISEE per prestazioni agevolate di natura socio sanitaria calcolato secondo quanto previsto negli artt. 3, 4 e 5 del D.P.C.M.159/2013 (DGR 3230 del 06-03-2015) s.m.i: ISEE sociosanitario uguale o inferiore a 25.000,00 € oppure

di essere in possesso di ISEE per prestazioni agevolate di natura socio sanitaria calcolato secondo quanto previsto negli artt. 3, 4 e 5 del D.P.C.M.159/2013 (DGR 3230 del 06-03-2015) s.m.i: ISEE ordinario per prestazioni agevolate per minorenni uguale o inferiore a € 40.000,00;

di essere in carico alla Misura RSA aperta ex DGR n.7769/2018;

di impegnarsi, in caso di assegnazione del buono sociale, alla sottoscrizione del Progetto individuale 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;

