

**UFFICIO DI PIANO
DI SONDRIO
c/o Comune di Sondrio
Via Perego 1
23100 SONDRIO**

PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE DI CUI ALLA DGR N. XII/3719 DEL 30/12/2024 - FONDO PER LE NON AUTOSUFFICIENZE 2024 ESERCIZIO 2025

A FAVORE DELLA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE A BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE E PERSONA CON DISABILITÀ CON NECESSITÀ DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO

Il/La sottoscritto/a (cognome/nome) _____
nato/a a _____ prov _____ il _____
residente a _____ cap _____
via _____ n _____
tel. _____ codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_
in qualità di: ☐ diretto interessato ☐ familiare ☐ tutore ☐ amministratore di sostegno

del/della Sig./Sig.ra (cognome/nome) _____

nato/a a _____ prov _____ il _____

residente a _____ cap _____

via _____ n _____

tel. _____ codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

indirizzo mail _____

nominativo eventuale assistente sociale di riferimento _____

L'erogazione della seguente misura a favore di persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato e anziani non autosufficienti:

☐ **Strumento 1:** Pacchetto di aiuti al care-giver familiare finalizzato a compensare/sostenere le prestazioni di assistenza assicurate dal solo caregiver familiare, che può comprendere (esprimere la preferenza tra misura a) e misura b), non vincolante e da concordare con il servizio sociale. L'intervento integrativo del ricovero temporaneo in

*struttura residenziale potrà essere riconosciuto anche a coloro che sono ammessi alla graduatoria per lo Strumento 1) pacchetto di aiuto al care-giver familiare, **ma non finanziati.**)*

- ☐ **misura a) - buono sociale** per un importo massimo di € 100,00 mensili e **voucher mensile** di importo da un minimo di € 100,00 fino ad un massimo di € 400,00, finalizzato a sostenere il costo dei cosiddetti **interventi integrativi**, quali prestazioni socio-assistenziali/tutelari a domicilio (SAD) o prestazione socioeducativa a favore della persona con disabilità/non autosufficienza in contesti socializzanti (fuori dal domicilio);
- ☐ **Misura b) - Voucher** per l'intervento integrativo di **ricovero temporaneo** in struttura residenziale, per garantire un periodo di sollievo al care-giver familiare, anche a seguito di una situazione di emergenza, secondo quanto valutato in sede di Valutazione multidimensionale e descritto nel progetto individualizzato, per un importo massimo di € 70/die per un massimo di 30 giorni annuali;

- ☐ **Strumento 2: Buono sociale mensile** fino ad un importo massimo di € 600,00 finalizzato all'integrazione della spesa per acquistare le prestazioni da un assistente personale, con regolare contratto di almeno 25 ore settimanali, anche in presenza di caregiver familiare;

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'accesso agli strumenti della misura B2 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 persona con necessità di **basso bisogno assistenziale/sostegno intensivo elevato** (già persona 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 non beneficiare di altre assegnazioni, come precisato all'art. 8 del bando
ovvero
- ☐ di beneficiare delle seguenti misure, **compatibili** con la presente misura:
 - ☐ bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n.15/2015;
 - ☐ sostegni per interventi infrastrutturali DOPO DI NOI **ovvero**
- ☐ di beneficiare delle seguenti misure, **incompatibili** con la presente misura:
 - ☐ misura B1 per disabilità gravissima erogata da ATS;
 - ☐ Home Care Premium/INPS HCP;

- ☐ contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato;
- ☐ ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- ☐ presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018

- ☐ di beneficiare del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) per n. _____ ore settimanali (l'art. 4 lett. 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 assistente familiare, 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 (C.DOM) per n. _____ ore settimanali;

- ☐ di frequentare un servizio diurno sociosanitario o sociale (CDD, CDI, CSE, SFA, SPAH): _____ per n. _____ ore settimanali (la frequenza dei servizi diurni è compatibile con la Misura B2 solamente per alcune ore per attività di supporto, socializzazione e svago a patto che non sia configurata come iscrizione a un servizio formale);

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 impegnarsi, in caso di assegnazione di uno degli strumenti della misura B2, 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 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 il Servizio Sociale 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.

Modalità di pagamento:

bonifico intestato al beneficiario (indicare coordinate bancarie IBAN e allegare stampa):

IT

--	--

--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

_____ lì _____
Luogo data

Firma estesa leggibile

Allegati alla domanda e dichiarazione del/della sig/sig.ra _____ per la richiesta del buono/voucher sociale mensile per caregiver familiare o assistente personale:

- ☐ attestazione ISEE in corso di validità; oppure
- ☐ dichiarazione di avvenuta presentazione della DSU (art. 11 c.9, DPCM 159/2013)
- ☐ Copia verbale invalidità civile con indennità di accompagnamento (con diagnosi) ovvero accertamento della condizione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992;
- ☐ Copia carta d'identità e Codice Fiscale del richiedente e di chi eventualmente compila la domanda;
- ☐ ogni altra documentazione aggiornata attestante le condizioni sanitarie dell'interessato;
- ☐ copia sentenza del Tribunale di nomina del tutore/curatore/amministratore di sostegno del soggetto fragile;
- ☐ **Per il solo buono assistente personale:** copia del contratto di assunzione dell'assistente familiare (almeno 25 ore settimanali) e dell'ultimo versamento INPS (ovvero copia denuncia INPS in caso di stipula recente del contratto)

L'Ufficio di Piano si riserva la possibilità di richiedere integrazioni della documentazione.

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, nonché dell'art. 13 del d. lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" si porta a conoscenza dei richiedenti il buono sociale 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 Sondrio secondo le vigenti disposizioni in materia;
2. il conferimento dei dati è necessario ed in caso di rifiuto ne scaturirà l'impossibilità di espletare regolarmente la pratica con la conseguente esclusione dal beneficio;
3. tali dati verranno da noi comunicati ad uno o più soggetti determinati di seguito elencati, tenuti comunque, nel trattamento dei dati stessi, al rispetto delle norme contenute nel Codice: Operatori degli Uffici dell'ATS, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei Suoi dati personali risulti necessario o sia comunque funzionale per la valutazione multidimensionale;
4. i dati saranno trattati esclusivamente da personale e da organi interni all'Ufficio di Piano, per quanto concerne il procedimento amministrativo.
5. 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.
6. il richiedente il buono/voucher sociale ha diritto di ottenere, a cura del titolare o del responsabile, senza ritardo, l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, qualora vi abbia interesse, l'integrazione dei dati;
7. il titolare del trattamento dei dati personali è l'Ufficio di Piano dell'ambito territoriale di Sondrio e che il responsabile del trattamento dei dati è il responsabile dell'Ufficio di Piano, domiciliato per la carica presso il Comune di Sondrio.

VISTO: Firma apposta in mia presenza

Timbro e firma del funzionario incaricato