

Spett.le

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

ALLEGATO B - AVVISO PUBBLICO PER L'ASSEGNAZIONE DEL

FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA – EX MISURA B2

Ambito territoriale di Sondrio

A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ CON NECESSITÀ DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO E DELLE PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI A BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE IN APPLICAZIONE DELLA DGR N. 6320/2026

DOMANDA PER LE PERSONE DI NUOVO ACCESSO

Il/La sottoscritto/a (cognome/nome) _____

nato/a a _____ prov _____ il _____

residente a _____ cap _____

via _____ n _____

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

indirizzo mail _____

nominativo eventuale assistente sociale di riferimento _____

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 _____

CHIEDE

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

(barrare solo una delle Misure sotto riportate: l'istanza di accesso dovrà necessariamente indicare in modo univoco quale strumento viene richiesto dalla famiglia; è esclusa la possibilità per i richiedenti di accedere contemporaneamente a due o più misure previste dal bando)

MISURA SOSTEGNO

La Misura Sostegno consiste nell'erogazione di contributi economici mensili, finalizzati a favorire il mantenimento al domicilio della persona e a sostenere il nucleo familiare nel carico assistenziale.

☐ CONTRIBUTO PER IL CAREGIVER FAMILIARE

Contributo mensile di importo fisso pari a € 100,00 finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza indiretta assicurate dal solo caregiver familiare inserito nel Progetto Individuale e coinvolto attivamente nell'attuazione dei piani di assistenza.

Oppure

☐ CONTRIBUTO PER IL PERSONALE DI ASSISTENZA REGOLARMENTE IMPIEGATO

Contributo 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; l'importo del buono sociale per assistente familiare verrà diminuito da € 600 a € 400 qualora il monte ore relativo al personale di assistenza regolarmente impiegato sia inferiore alle 30 ore.

oppure

MISURA SERVIZI

La Misura Servizi è finalizzata a sostenere la permanenza della persona nel proprio contesto di vita attraverso l'attivazione di interventi sociali, socio-assistenziali ed educativi personalizzati. Si tratta di interventi sociali integrativi, e non sostitutivi, erogati tramite voucher, finalizzati a sostenere e integrare la rete dei servizi a supporto della persona. L'importo massimo del voucher è inoltre determinato in relazione alla tipologia di beneficiario ed è fissato come segue:

- **Anziani** (età uguale o maggiore di 70 anni): fino a un massimo di € 6.000,00 annui per beneficiario;
- **Persone con disabilità** (età compresa tra 0 e 69 anni): fino a un massimo di € 2.400,00 annui per beneficiario.

(barrare la tipologia di intervento integrativo richiesto, una sola scelta)

- ☐ prestazioni socio-assistenziali/tutelari a domicilio (es. SAD);
- ☐ prestazione socioeducativa/educativa a favore della persona con disabilità/non autosufficienza in contesti socializzanti (fuori dal domicilio), anche tramite sviluppo di progettualità, finalizzate al "sollevio".

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)

NB - le successive dichiarazioni si riferiscono al soggetto beneficiario se diverso dal firmatario

- ☐ di aver preso visione dell'Avviso pubblico per l'assegnazione del fondo per la non autosufficienza 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. 9 del bando

ovvero

- ☐ di beneficiare delle seguenti misure, **compatibili** con la presente:
- ☐ bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n.15/2015;
 - ☐ sostegni per interventi DOPO DI NOI (che non sovrappongano risorse pubbliche per lo stesso intervento);

ovvero

- ☐ di beneficiare delle seguenti misure, **incompatibili** con la presente:
- ☐ misure per la "disabilità gravissima" erogate da ATS (Ex B1);
 - ☐ Home Care Premium/INPS HCP per il contributo per l'assistente familiare (compatibili con Misura Servizi).
 - ☐ 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): *specificare* _____ per n. _____ ore settimanali (**la frequenza dei servizi diurni è compatibile con le misure del presente avviso 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 beneficiario _____

2° nominativo _____

data di nascita _____

sex ☐ M ☐ F

residenza _____

indirizzo abitativo _____

grado di parentela rispetto al beneficiario _____

☐ 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 una delle misure dell'Avviso, 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 copia documento bancario/postale riportante INTESTATARIO CONTO e CODICE IBAN):

IT

--	--

--	--

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

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

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

_____ lì _____
Luogo data

Firma estesa leggibile ¹

Firma dell'altro genitore in possesso della responsabilità genitoriale

¹ Se domanda in favore di minore occorre la firma dei due genitori, ad esclusione dei casi di genitore unico o disposizione dell'Autorità Giudiziaria

Allegati alla domanda e dichiarazione del/della sig/sig.ra _____:

☐ 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 beneficiario e di chi eventualmente compila la domanda;

- ☐ Copia intestazione Conto corrente del beneficiario (allegare copia documento bancario/postale riportante INTESTATARIO CONTO e CODICE IBAN)
- ☐ 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 contributo per il personale di assistenza regolarmente impiegato:** 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.

INFORMATIVA A TUTELA DELLA RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI

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" novellato dal D. Lgs. n. 101/2018 si porta a conoscenza dei richiedenti le misure dell'Avviso FNA 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 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.

La firma deve essere apposta dal dichiarante, per esteso, davanti al dipendente addetto al ricevimento della documentazione, ovvero, se la dichiarazione è inviata per via postale o consegnata da persone diverse dal dichiarante, alla dichiarazione stessa, firmata, deve essere allegata una copia fotostatica (leggibile in ogni sua parte) di un documento di identità valido.

Firma dichiarante

Visto: per firma apposta in mia presenza
Il Funzionario Incaricato
