

Spett.le
Ufficio Servizi Sociali
Ambito Territoriale Sociale Valle
Seriana Superiore e di Scalve
c/o Comune di Clusone

Oggetto: Domanda di accesso alla misura B2 del Fondo Non Autosufficienza 2024 ai sensi della DGR n. XII/3719 del 30/12/2024

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ Prov. _____ il _____ Residente in
via/piazza _____ n. _____ Comune di
_____ C.A.P. _____ Prov. _____ Codice Fiscale
_____ Recapito telefonico _____

In qualità di

☐ Diretto interessato

Oppure

(da compilarsi fino a "CHIEDE" solo qualora il dichiarante non sia il diretto interessato barrando SOLO UNO dei quadratini sottostanti e compilando con i dati della persona con disabilità)

- ☐ Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno (provvedimento di nomina _____)
- ☐ Genitore (solo in caso di minore)
- ☐ Parente, (indicare grado di parentela _____)

del/la Sig./Sig.ra in condizione di grave disabilità:

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ il _____ Codice Fiscale _____
residente a _____ indirizzo _____
n° _____ CAP _____ Telefono _____

CHIEDE l'assegnazione del:

- ☐ Buono sociale mensile per caregiver familiare (strumento 1A)
- ☐ Buono sociale mensile per assistente familiare assunta con regolare contratto (strumento 1B)
- ☐ Buono sociale mensile per progetto di vita indipendente (strumento 1C)
- ☐ Voucher sociali per l'attivazione di prestazioni socioassistenziali a domicilio (strumento 2A)
- ☐ Voucher sociali per l'attivazione di prestazioni socio-educative per persone con disabilità/non autosufficienza in contesti socializzanti (strumento 2B.1)
- ☐ Voucher sociale frequenza unità d'offerta sociale diurna (strumento 2B.2)

- ☐ Rimborso per ricovero temporaneo in struttura residenziale (strumento 2C)

DICHIARA che la persona in condizione di grave disabilità attualmente:

1. È INSERITA in un'Unità d'Offerta semiresidenziale sanitaria, ☐ NO ☐ SI
socio-sanitaria o sociale (es. CDD, CDI, CSE, ecc.).

Se SI, per un totale di ore settimanale di _____

2. USUFRUISCE dei seguenti servizi/misure:

- Servizi Assistenza Domiciliare (SAD) ☐ NO ☐ SI

Se SI, per un totale di ore settimanale di _____

- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) ☐ NO ☐ SI

- Misura RSA APERTA (ex DGR 7769/2018) ☐ NO ☐ SI

Eventuale data di dimissione _____

- Sostegni DOPO DI NOI ☐ NO ☐ SI

- Infermiere di Famiglia e Comunità ☐ NO ☐ SI

- Misura bonus per assistente familiare (ex L.R. 15/2015) ☐ NO ☐ SI

- Tirocini per l'Inclusione Sociale (TIS) ☐ NO ☐ SI

Se SI, per un totale di ore settimanale di _____

- Misura Home Care Premium/INPS ☐ NO ☐ SI

- Misura B1 (DGR n. XII/3719 del 30/12/2024) ☐ NO ☐ SI

Eventuale data di dimissione _____

- Prestazione Universale di cui agli artt. 34-36 del D.Lgs 29/2024 ☐ NO ☐ SI

- Altri contributi economici/misure di sostegno ☐ NO ☐ SI

Se SI, specificare _____

3. È INSERITA in Servizio educativo/scolastico (es. STA, frequenza scolastica) ☐ NO ☐ SI

- Se SI, per un totale di ore settimanale di _____

DICHIARA inoltre:

DI AVER PRESENTATO, nell'anno 2024, domanda di accesso alla misura B2 del Fondo Non Autosufficienza 2023 (operatività 2024/2025) ☐ NO ☐ SI

Informazioni sanitarie

Percentuale di invalidità: _____

Indennità di accompagnamento e/o frequenza: ☐ NO ☐ SI

Certificazione handicap grave art. 3, comma 3, L. 104/92: ☐ NO ☐ SI

Certificazione del collegio accertamento alunno disabile: ☐ NO ☐ SI

Nucleo familiare convivente

Parentela	Nome e cognome	Codice fiscale	Occupazione

Caregiver: Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____ Codice Fiscale _____

residente a _____ indirizzo _____ n° _____

CAP _____ Telefono _____

- Grado di parentela _____
- Essere stabilmente impegnato nell'assistenza del beneficiario ☐ NO ☐ SI
- N. ore di assistenza giornaliera garantite dal caregiver _____
- Convivenza con la persona assistita ☐ NO ☐ SI
- Condizione del caregiver (indicare una delle opzioni):
 - ☐ assistente familiare
 - ☐ disoccupato
 - ☐ lavoratore
 - ☐ pensionato
- Fruizione della Legge 104 ☐ NO ☐ SI
- Tipologia di fragilità della persona assistita (indicare una delle opzioni):
 - ☐ cronicità
 - ☐ demenza/alzheimer
 - ☐ disabilità acquisita
 - ☐ disabilità congenita
 - ☐ disagio psichico
 - ☐ oncologia
 - ☐ senilità
 - ☐ altro (specificare)
- Presenza di rete informale –Volontariato, Parrocchia, vicinato ☐ NO ☐ SI
- Possesso di invalidità al 100% ☐ NO ☐ SI
- Bisogni espressi dal caregiver (indicare una o più opzioni):

- ☐ attivazione servizi
- ☐ attivazione posizione previdenziale
- ☐ sollievo dal lavoro di cura
- ☐ evitare isolamento sociale
- ☐ orientamento nei servizi
- ☐ ricevere formazione personalizzata
- ☐ sostegno economico
- ☐ sostegno psicologico
- ☐ sostegno sociale)

Il caregiver garantisce assistenza alla persona in condizione di disabilità per:

- l'igiene personale ☐ NO ☐ SI
- l'alimentazione ☐ NO ☐ SI
- la mobilità ☐ NO ☐ SI
- la somministrazione delle terapie ☐ NO ☐ SI
- supporto sociale e alla comunicazione, compresa gestione comportamento problema ☐ NO ☐ SI

Assistente Personale (se presente): Cognome _____ Nome _____
 _____ Nato/a a _____ il _____ Codice
 Fiscale _____ residente a _____ indirizzo
 _____ n° _____ CAP _____ Telefono _____

Monte ore settimanali da contratto _____

BREVE DESCRIZIONE DELLA SITUAZIONE E FINALIZZAZIONE DELL'EVENTUALE BUONO

Obiettivi realizzabili e/o raggiungibili e/o percorribili

- ☐ favorire la permanenza a domicilio e nel proprio contesto di vita delle persone con grave disabilità/non autosufficienza;
- ☐ sostenere e supportare la persona e la famiglia per garantire la possibilità di permanenza al domicilio e nel proprio contesto di vita (anche mediante acquisto di prestazioni esterne);
- ☐ sostenere i costi delle prestazioni di personale esterno alla famiglia (assistente familiare) che garantisce l'assistenza;
- ☐ sostenere la vita di relazione di minori con disabilità;
- ☐ sostenere la vita di relazione di adulti/anziani con disabilità;

DICHIARA inoltre

1. 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 ALLEGATI, l'istanza sarà considerata non completa e pertanto ritenuta non ammissibile;
2. di aver letto e compreso i criteri di riferimento per l'accesso al buono/voucher sociale;
3. 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 della persona beneficiaria dell'intervento operata, anche telefonicamente, dall'assistente sociale attraverso specifici strumenti di valutazione (scheda IADL, ADL e scheda provinciale di valutazione sociale);
4. 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 dei criteri di accesso stabiliti nel Bando;
5. che il buono/voucher sociale eventualmente assegnato verrà utilizzato per sostenere esclusivamente gli interventi specificati nel "Progetto di assistenza individuale" sottoscritto dall'Assistente Sociale, da un referente dell'Ambito, da un rappresentante dell'ASST (per situazioni complesse), dalla persona/famiglia o da chi eventualmente ne garantisce la protezione giuridica. Il progetto verrà sottoscritto solo se risulterà tra quelli finanziati;
6. 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;
7. di impegnarsi a comunicare al Servizio Sociale del Comune:
 - l'eventuale ricovero in ospedale, in istituto di riabilitazione o in strutture residenziali;
 - gli eventuali altri motivi che facciano venir meno la necessità di cure domiciliari o il diritto alla concessione del buono;
 - l'eventuale decesso della persona beneficiaria.
8. di essere a conoscenza che l'Ambito potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, fatta salva l'attivazione delle necessarie procedure di legge, il beneficio verrà revocato;
9. di autorizzare il Comune di residenza e l'Ambito Distrettuale Valle Seriana Superiore e Valle di Scalve al trattamento dei dati personali contenuti in questa domanda esclusivamente per le finalità della presente richiesta.

Luogo e data

Il dichiarante

Espressione del consenso al trattamento dei dati personali a norma del Regolamento UE 679/2016 e del Codice della Privacy italiano, come da ultimo modificato dal d.lgs. 101/2018

Questa amministrazione, esclusivamente per finalità istituzionali e per obbligo di legge e regolamento esegue svariati trattamenti di dati personali.

La titolarità di questi trattamenti è dell'Amministrazione Comunale. Ogni singolo trattamento sarà eseguito sotto la responsabilità diretta di soggetti, a ciò appositamente designati a mente dell'art. 2 quaterdecies del Codice della Privacy italiano, come integrato dal D.lgs. 101/2018.

Questa amministrazione ha nominato Responsabile Comunale della Protezione dei Dati Personali, a cui gli interessati possono rivolgersi per tutte le questioni relative al trattamento dei loro dati personali e all'esercizio dei loro diritti derivanti dalla normativa nazionale e comunitaria in materia di protezione dei dati personali:

Contatti: Benzoni Giacomo 3314306559 dpo-clusone@studio-sis.it

I dati sono trattati in modalità cartacea, quando sono raccolti in schedari debitamente custoditi, o Informatica, mediante memorizzazione in un apposito data-base, gestito con apposite procedure informatiche. In entrambi i casi l'accesso è riservato al solo personale appositamente designato del trattamento.

La raccolta di questi dati personali è per questa Amministrazione Comunale obbligatoria, in quanto trattasi di un trattamento di dati personali effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri a mente dell'art. 2-ter del Codice della Privacy italiano, come integrato dal D.lgs. 101/2018. Un eventuale rifiuto al conferimento volontario dell'interessato determina l'obbligo dell'acquisizione d'ufficio del dato.

I dati raccolti non possono essere ceduti, diffusi o comunicati a terzi, che non siano a loro volta una Pubblica Amministrazione, salvo le norme speciali in materia di certificazione ed accesso documentale o generalizzato. Per ogni comunicazione del dato a terzo che non sia oggetto di certificazione obbligatoria per legge o che non avvenga per finalità istituzionali nell'obbligatorio scambio di dati tra PA, l'interessato ha diritto a ricevere una notifica dell'istanza di accesso da parte di terzi e in merito alla stessa di controdedurre la sua eventuale contrarietà al trattamento.

Rispetto alla eventuale raccolta e all'archiviazione di dati personali appartenenti a particolari categorie (già definiti come "sensibili") o dati genetici e biometrici o dati relativi a condanne penali e reati (art. 9 e 10 del Reg.UE), dette operazioni saranno eseguite solo con la più stretta osservanza delle norme di riferimento.

A seguito della consultazione del sito istituzionale di questa amministrazione è possibile che avvenga la raccolta automatica di dati personali, ma mai questi dati potranno servire all'identificazione dei cittadini, senza il loro previo consenso espresso. Detti trattamenti automatizzati per mezzo dell'utilizzo del sito web istituzionale sono impliciti nell'uso dei protocolli di comunicazione di Internet.

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta

☐ **esprimo il consenso** ☐ **NON esprimo il consenso** al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede.

Luogo, li _____

Firma

Allegati:

- Carta d'identità e codice fiscale del beneficiario e del suo rappresentante legale (se nominato) in corso di validità;
- Attestazione ISEE in corso di validità;
- Verbale di invalidità e/o Legge 104/92;
- Relazione redatta dall'Assistente Sociale del Comune di residenza che contenga la descrizione della situazione, e da cui si evincano l'elevato carico assistenziale, l'assenza di servizi a supporto e la condizione di deprivazione socio-economica (solo per buono caregiver familiare in caso di beneficiari minorenni);

- relazione redatta dall'Assistente Sociale del Comune di residenza che contenga la proposta di progetto sociale e l'organizzazione dell'intervento (solo per gli interventi diretti);
- Certificazione del collegio accertamento alunno disabile;
- Contratto di lavoro Assistente Personale (solo per il buono per l'Assistente personale e buono per progetti di vita indipendente);
- Scheda ADL, scheda IADL, scheda di valutazione sociale, scala per lo stress percepito dal Caregiver;
- Documentazione che attesti gli estremi del conto corrente bancario/postale del beneficiario (Codice IBAN);
- Giustificativi di spesa (fattura e bonifico quietanzato) relativi al periodo di sollievo presso struttura residenziale (solo per la misura 2C);
- Modulo per la scelta della modalità di pagamento (Allegato A). Si allega (Allegato B) modulo di delega per l'accredito del valore del Buono qualora il beneficiario/sottoscrittore della domanda non risultassero nell'intestazione del conto corrente su cui viene chiesto l'addebito del buono.

Luogo e data

Il dichiarante

Allegato A

Spett.le
Ufficio Servizi Sociali d'Ambito
Via Somvico, 2
24023 Clusone (BG)

SCELTA MODALITÀ DI VERSAMENTO BUONI SOCIALI

Il sottoscritto _____ Nato/a a _____
il _____ Codice Fiscale _____ residente a _____
_____ indirizzo _____ n° _____
CAP _____ Telefono _____

DICHIARA:

DI INDIVIDUARE per il versamento di quanto eventualmente riconosciuto dal Buono sociale, la seguente modalità di versamento:

- ☐ Conto corrente bancario/postale con dimostrazione di titolarità o di autorizzazione ad operare sul conto corrente di cui sopra;

Intestatari del conto: _____

IBAN: _____

Istituto Bancario _____

Filiale di _____

Data _____

Il dichiarante

Allegato B

Spett.le
Ufficio Servizi Sociali d'Ambito
Via Somvico, 2
24023 Clusone (BG)

Il sottoscritto _____ Nato/a a _____
il _____ Codice Fiscale _____ residente a _____
_____ indirizzo _____ n° _____
CAP _____ Telefono _____

DELEGA

il/la Sig./Sig.ra _____ Nome _____
Nato/a a _____ il _____ Codice Fiscale _____
residente a _____ indirizzo _____
n° _____ CAP _____ Telefono _____ ad agire per mio conto per il ritiro del
Buono Sociale _____ nella seguente modalità:

☐ Bonifico su C.C. Bancario/postale

Intestatari del conto: _____

IBAN: _____

Istituto Bancario _____

Filiale di _____

Luogo e data

Firma leggibile del delegante

Si allega fotocopia di un documento di riconoscimento del delegato.