

DOMANDA A FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI
ai sensi della DGR XII/6320/2026

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

1) MISURA SOSTEGNO

☐	CONTRIBUTO ECONOMICO MENSILE PER IL CAREGIVER FAMILIARE di € 100 mensili finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza indiretta assicurate dal solo caregiver familiare inserito nel Progetto Individuale e coinvolto attivamente nell'attuazione del piano di assistenza.
☐	CONTRIBUTO ECONOMICO MENSILE PER L'ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE IMPIEGATO (<i>Badante</i>) fino ad un importo massimo di € 400, finalizzato all'integrazione della spesa per acquistare le prestazioni di un assistente personale, con regolare contratto.

OPPURE

2) MISURA SERVIZI

Finalizzata a sostenere la permanenza della persona nel proprio contesto di vita attraverso l'attivazione di interventi sociali, socio-assistenziali ed educativi:

Persone anziane (età uguale o maggiore a 70 anni): fino al valore massimo mensile di € 400

Persone con disabilità (età compresa tra 0 e 69 anni): fino al valore massimo mensile di € 200

Barrare la tipologia di intervento richiesto:

- ☐ prestazioni socioassistenziali/tutelari a domicilio (es. SAD)
- ☐ prestazioni socio-educative/educative in contesti socializzanti (fuori dal domicilio)

(è possibile indicare, in via subordinata, una seconda misura, da prendere in considerazione qualora non sia possibile riconoscere la misura indicata in via prioritaria)

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' PENALI CHE SI ASSUME AI SENSI DELL'ART. 76, DPR 445/2000 E S.M.I., PER FALSITA' IN ATTI E DICHIARAZIONI MENDACI, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

DICHIARA ¹

DI ESSERE ASSISTITO/A PRESSO IL DOMICILIO IN MANIERA CONTINUATIVA DA

(cognome e nome di chi presta assistenza)

(luogo e data di nascita)

(comune di residenza)

in qualità di

- ☐ **Caregiver familiare *** (incluso nel nucleo anagrafico) ☐ SI ☐ NO

(grado di parentela) _____

N. ore giornaliere di assistenza _____ per un totale di n. ore settimanali _____

- ☐ **Assistente familiare regolarmente impiegato** (personale con contratto)

N. ore giornaliere di assistenza _____ per un totale di n. ore settimanali _____

**Caregiver familiare: è la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 76/2016, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, in presenza di un handicap grave, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 18/1980, (art. 1, comma 255 della legge 30.12.2017 n. 205, richiamato altresì nella L.R. n. 23 del 22.11.2022).*

Che la composizione del nucleo familiare del richiedente (beneficiario/a) è la seguente

Nominativo	Grado parentela	Età	Professione

¹ Barrare le caselle che interessano e compilare la dichiarazione relativa in ogni sua parte

A TAL FINE DICHIARA

- ☐ di essere residente in uno dei 25 comuni dell'ambito territoriale di Morbegno
- ☐ di avere **compromissione singola o plurima, che ne riduca l'autonomia personale, correlata all'età, e tale da rendere necessario un intervento assistenziale permanente continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione e quindi con necessità di basso bisogno assistenziale/sostegno intensivo elevato**
- ☐ di essere persona in condizione di gravità accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992 o in alternativa beneficiare dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988 oppure definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013 e a cui è riconosciuta la rispettiva indennità (o con certificato della condizione di disabilità di cui al Dlgs. 62/2024)
- ☐ che possiede attestazione **ISEE in corso di validità** (senza omissioni o difformità) di € _____
- ☐ che non è accolto definitivamente presso Unità d'Offerta residenziali sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice,)
- ☐ che non usufruisce al momento di ricovero di sollievo con costo a carico del Fondo Sanitario Regionale
- ☐ che non è beneficiario delle misure per "disabilità gravissima" (ex Misura B1)
- ☐ che non percepisce contributo PRO.VI. per onere assistente personale regolarmente impiegato
- ☐ che non è beneficiario della Misura RSA Aperta (ex DGR 7769/2018)
- ☐ che non è beneficiario di Home Care Premium/INPS HCP
- ☐ che non è beneficiario di prestazione universale (bonus anziani di cui agli artt. 34 del D. lgs. 29/2024)

DICHIARA INOLTRE DI USUFRUIRE DEI SEGUENTI SERVIZI

- ☐ servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI), per n. _____ accessi mensili
- ☐ servizio di assistenza domiciliare (SAD o SADH), per n. _____ ore settimanali
- ☐ riabilitazione ambulatoriale
- ☐ riabilitazione domiciliare
- ☐ ricovero ospedaliero e/o riabilitativo
- ☐ ricovero di sollievo **RSA/RSD** (programmabili nell'anno – adulti max 60 gg/minori max 90 gg)
- ☐ sostegno per interventi infrastrutturali Misura **DOPO DI NOI**
- ☐ bonus assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n.15/2015
- ☐ servizi prima infanzia/scuola dell'infanzia/scuola primaria/scuola sec. I grado/ scuola sec. II grado
- ☐ frequenta uno dei servizi diurni sociosanitari o sociali come di seguito specificato:
 - ☐ centro socio educativo (CSE)
 - ☐ centro diurno disabili (CDD)
 - ☐ servizio formazione all'autonomia (SFA)
- ☐ altro (specificare) _____

DICHIARA INFINE

- di essere stato informato che il possesso dei requisiti non implica l'automatico riconoscimento dei benefici e che le domande verranno accettate previa verifica dei requisiti e finanziate fino ad esaurimento dei fondi disponibili;
- di aver preso visione del Bando FNA 2025 (Esercizio 2026) e di accettarne le condizioni;
- di accettare la valutazione multidimensionale (VDM) finalizzata alla redazione del Progetto Individuale (PI);
- di essere consapevole che la quantificazione e l'impiego delle risorse economiche saranno definiti nel Progetto Individuale (PI) e di impegnarsi alla sua sottoscrizione;

- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Ufficio di Piano qualsiasi variazione riguardante eventuale ricovero in strutture residenziali, cessazione del contratto di lavoro con l'assistente personale, decesso, passaggio "disabilità gravissima" (ex Misura B1), cambio di residenza, eventuali altri motivi che facciano venir meno la necessità di cure domiciliari o il diritto alle prestazioni previste dal bando FNA 2025 (Esercizio 2026);
- di essere a conoscenza che l'Ufficio di Piano, ai sensi del D.Lgs. 109/1998 e del DPR 445/2000 art. 45 e per quanto prescritto dalla DGR XII/6320/2026 procederà ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese, qualora dal controllo emergessero l'assenza di requisiti o l'errato ISEE, sarà revocato ogni beneficio, effettuato il recupero delle somme corrisposte e 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 sarà sospesa qualora venissero rilevati incuria e/o abbandono del soggetto fragile;

PRENDE INOLTRE ATTO CHE IN CASO DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE

- Il buono sarà accreditato esclusivamente su **IBAN intestato o cointestato al beneficiario della misura.**

ATTENZIONE: non è possibile effettuare liquidazioni su libretti postali, ma solo su conto corrente bancario e/o postale. Il contro corrente deve essere intestato o cointestato al beneficiario della misura. Per ragioni di tracciabilità, non è inoltre possibile indicare come modalità di pagamento contanti o carte prepagate.

Nel caso di minori il contributo potrà essere accreditato su IBAN intestato al genitore

Cognome e Nome _____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

DOCUMENTI OBBLIGATORI DA ALLEGARE (in fotocopia)

- ☐ Carta d'identità del beneficiario e di chi eventualmente compila la domanda
- ☐ Attestazione ISEE in corso di validità, senza omissioni o difformità
- ☐ Verbale invalidità civile (*con diagnosi*)
- ☐ Certificazione della condizione di gravità accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3, Legge 104/1992
- ☐ Attestazione titolarità conto corrente oppure stampa dell'istituto bancario/postale dell'IBAN del beneficiario
- ☐ Decreto di nomina del Tribunale, nel caso la domanda venga presentata dal curatore, dal tutore o dall'amministratore di sostegno;
- ☐ Attestazione contro corrente/IBAN
- ☐ Ogni altra documentazione aggiornata attestante le condizioni sanitarie
- ☐ **Per la richiesta del buono assistente familiare regolarmente impiegato (*badante*):**
 - Documenti d'identità dell'assistente familiare
 - Permesso /Carta di soggiorno dell'assistente familiare o domanda di rinnovo, se straniera;
 - Lettera d'assunzione/contratto indicante le ore di lavoro;
 - Denuncia di rapporto di lavoro domestico inviata all'INPS;
 - Ultimo bollettino trimestrale attestante il versamento dei contributi previdenziali e assicurativi;
 - Ultima busta paga dell'assistente familiare.

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

INFORMATIVA A TUTELA DELLA RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento Ue 2016/679 e 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 che:

1. I dati personali o sensibili presenti nell'istanza, sono necessari per poter erogare le prestazioni, i servizi e i contributi richiesti, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all'attività dell'Ente. I dati stessi potranno essere trattati anche in seguito al termine della prestazione erogata, nei limiti sopraindicati.
2. Il trattamento e l'archiviazione dei dati avverrà mediante l'utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere eseguito sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici.
3. I dati forniti non saranno diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

Tali dati saranno comunicati ai seguenti soggetti determinati:

- Operatori degli Uffici dell'ASST afferenti all'ATS, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale;
- Operatori degli Uffici dell'ATS, appositamente incaricati ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale dell'Ente;
- Società, Enti/Aziende, accreditate e contrattualizzate, per l'erogazione del Voucher e nominate Responsabili del trattamento dei dati personali;
- Società, Enti/Aziende che, per conto dell'ATS, forniscano specifici servizi elaborativi, che svolgano attività connesse, strumentali o di supporto a quella dell'Ente od attività necessarie all'esecuzione di tutte le prestazioni da Lei richieste o che richiederà;
- soggetti, pubblici e privati, che possono accedere ai dati personali in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme;
- operatori dei Comuni/Uffici di Piano, nell'ambito di verifiche e di progetti specifici finalizzati all'integrazione dei servizi socio-assistenziali con i servizi socio-sanitari;
- suo Medico di famiglia (MMG o PLS).

I riferimenti del Titolare del trattamento dati, del Responsabile del trattamento dati e del Responsabile protezione dati (RPD/DPO) sono depositati presso gli uffici preposti dei singoli enti autorizzati al trattamento dei dati.

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.

Data

Firma