



Ente Gestore
COMUNITÀ MONTANA
VALTELLINA DI MORBEGNO
Viale Stelvio n. 23/A - 23017 Morbegno (So)
C.F. 91000680149

UFFICIO DI PIANO MORBEGNO
5° Piano Distretto Socio-Sanitario ATS
Via Martinelli n.13 - 23017 Morbegno (So)



**DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI BUONI/INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI
FNA 2024 (Esercizio 2025) – Misura B2 (DGR n. XII/3719 del 30.12.2024)**

PRATICA ID	PROTOCOLLO
 	n. _____ del _____

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 * _____

* E' obbligatoria l'indicazione di una mail alla quale verranno trasmesse le informazioni relative alla domanda (Art. 6 del bando)

CHIEDE

Di essere sottoposto/di sottoporre la persona anziana non autosufficiente a basso bisogno assistenziale e la persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato a valutazione per l'erogazione degli interventi di cui alla DGR 3719/2024 (MISURA B2 – Anno 2025)

- in prosecuzione con la misura B2 – Anno 2024 *(con le medesime condizioni soggettive)*
- In prosecuzione con la misura B2 – Anno 2024 *(con modifica delle condizioni soggettive e conseguente aggiornamento della documentazione)*
- come nuova istanza

DI ACCEDERE AD UNO DEI SEGUENTI SOSTEGNI

1) ASSISTENZA INDIRETTA *(strumenti alternativi e non cumulabili, l'uno esclude l'altro)*

<input type="checkbox"/>	BUONO SOCIALE MENSILE CAREGIVER FAMILIARE *
<input type="checkbox"/>	BUONO SOCIALE MENSILE ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE IMPIEGATO <i>(Badante)</i>

2) ASSISTENZA DIRETTA *(strumenti compatibili con il buono sociale caregiver familiare)* INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI DI ASSISTENZA

<input type="checkbox"/> Voucher annuo minori assistenza socioeducativa per la frequenza di un centro ricreativo estivo promosso/patrocinato dai comuni dell'ambito per minori Estate 2025 <i>(utilizzabile entro il 15 settembre 2025)</i> CENTRO ESTIVO _____ COMUNE _____ PERIODO DI FREQUENZA _____
<input type="checkbox"/> Voucher mensile prestazioni socioassistenziali/tutelari a domicilio <i>(es. SAD)</i>
<input type="checkbox"/> Voucher mensile per prestazioni socioeducative/educative <i>(es. assistenza per la frequenza di progetti socializzanti extra-scuola)</i>
<input type="checkbox"/> Voucher ricovero di sollievo in struttura residenziale

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	

<i>(cognome e nome di chi presta assistenza)</i>	
_____	_____
<i>(luogo e data di nascita)</i>	<i>(comune di residenza)</i>
in qualità di	
<input type="checkbox"/> Caregiver familiare * <i>(incluso nel nucleo anagrafico)</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<i>(grado di parentela)</i> _____	
N. ore giornaliere di assistenza _____ per un totale di n. ore settimanali _____	
<input type="checkbox"/> Assistente familiare regolarmente impiegato <i>(personale con contratto)</i>	
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

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

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 30.12.20217 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

A TAL FINE DICHIARA

- di essere residente in uno dei 25 comuni dell'ambito territoriale di Morbegno;
- di avere **una 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 di basso bisogno assistenziale/sostegno intensivo elevato;**
- che è stato/a riconosciuto/a invalido/a con invalidità civile 100% e con diritto all'indennità di accompagnamento (o solo accompagnamento in caso di minori) di cui alla legge 18/1980 e s.m.i. con L. 508/1988, pari ad € _____
- OPPURE DI POSSEDERE**
- certificazione di condizione di gravità accertata ai sensi art. 3, comma 3 legge 104/1992;
- di possedere almeno 4 delle 6 condizioni di dipendenza previste nelle attività essenziali per la vita quotidiana, (rif. Scala ADL ad eccezione dei beneficiari minorenni) – **barrare le condizioni:**
 - fare il bagno
 - vestirsi
 - uso dei servizi igienici
 - spostarsi
 - continenza
 - alimentarsi
- 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, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità)
- che non usufruisce al momento di ricovero di sollievo con costo a carico del Fondo Sanitario Regionale
- che non è beneficiario della 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

DOCUMENTI OBBLIGATORI DA ALLEGARE (in fotocopia)**Per domanda in prosecuzione con l'anno 2024**

- Attestazione ISEE in corso di validità, senza omissioni o difformità
- Se aggiornati** rispetto all'anno precedente:
 - Verbale di invalidità civile in corso di validità
 - Riconoscimento dell'indennità di accompagnamento e/o dell'art. 3, comma 3 L. 104/1992
 - Schede di valutazione ADL e IADL (ad eccezione di beneficiari minorenni)
 - Eventuali altri documenti che nel corso dell'anno fossero scaduti o cambiati (*es. carta d'identità, attestazione titolarità conto corrente, cambio assistente familiare regolarmente impiegato, ecc.*)

Per nuova domanda

- 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
- Schede di valutazione ADL e IADL (*ad eccezione di beneficiari minorenni*)
- Decreto di nomina del Tribunale, nel caso la domanda venga presentata dal curatore, dal tutore o dall'amministratore di sostegno;
- 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

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento Europeo 679/2016 e del D. Lgs. 101/2018 si informa che i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per le finalità relative al/i procedimento/i amministrativo/i per il/i quali vengono comunicati. Tutti i dati che verranno in possesso della Comunità Montana Valtellina di Morbegno saranno trattati esclusivamente per le finalità previste dal Bando per l'erogazione delle prestazioni previste dal Fondo Non Autosufficienza 2024 (Misura B2 - esercizio 2025) e nel rispetto dell'art. 13 del decreto 196/2003.

I dati raccolti potranno essere comunicati, anche con strumenti informatici, nel rispetto delle previsioni del D. Lgs. 196/2003e del Regolamento UE 679/2016 ai soggetti erogatori dei servizi, oltre che ai Comuni, all'ATS e ASST territorialmente competenti e a Regione Lombardia. L'informativa integrale sul trattamento dei dati personali è disponibile sul sito istituzionale <https://www.cmmorbegno.it/zf/index.php/privacy/index/privacy>.

Data

Firma