



L'Ambito Distrettuale di ASOLA, con verbale della Assemblea dei Sindaci in data 16.04.2018 ratificato con Deliberazione di Giunta Comunale dell'ente capofila n. 72 del 18/04/2018
DISPONE

REGOLAMENTO DISTRETTUALE
PER L'ACCESSO ALLE RISORSE RELATIVE
AL FONDO NON AUTOSUFFICIENZA
(FNA 2017)

PREMESSA

Richiamati i seguenti dispositivi normativi:

- la Legge n. 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali" con la quale sono individuate le responsabilità e il livello di coinvolgimento sia dei soggetti pubblici che privati;
- l'articolo 1 della L. 296/2006 e in particolare il comma 1264 che istituisce un fondo denominato Fondo per le Non Autosufficienze;
- la Legge Regionale n. 3/2008 che definisce la rete dei servizi alla persona in ambito sociale e socio sanitario;
- la DGR n. 983 del 15 dicembre 2010 di adozione del Piano d'Azione Regionale per le politiche in favore delle persone con disabilità 2010/2020;
- la DGR n. 2655 del 14/11/2014 di adozione Piano operativo regionale in materia di gravissime disabilità in condizione di dipendenza vitale, di cui al Fondo per le non autosufficienze anno 2014. Prime determinazioni.
- la DGR n. 2883 del 12 dicembre 2014 "Approvazione del programma operativo regionale in materia di gravi disabilità e non autosufficienza di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze anno 2014. Ulteriori determinazioni";
- la DGR N. X/7856 seduta del 12/02/2018 "Programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo nazionale per le non autosufficienze anno 2017"

Considerato il quadro di crescente complessità delle misure a favore delle persone affette da patologie che determinano situazioni di non autosufficienza;

Considerato altresì che al Piano di Zona di Asola sono assegnate risorse pari a **€ 108.319,00** per fronteggiare tali situazioni supportando la persona e la sua famiglia per il mantenimento della persona fragile al proprio domicilio.

DESTINATARI DELLE MISURE

Sono destinatari delle misure di seguito descritte persone di **qualsiasi età, che evidenziano gravi limitazioni della capacità funzionale che compromettono significativamente la loro autosufficienza** e autonomia personale nelle attività della vita quotidiana, di relazione e sociale che vivono al **proprio domicilio**.

Pertanto i destinatari sono coloro che evidenziano un elevato indice di fragilità sociale e non riescono a svolgere in modo autonomo le attività della vita quotidiana.

Particolare attenzione dovrà essere posta ai soggetti:

- ai quali sono stati erogati interventi previsti dalla misura B2 con annualità FNA precedente;
- a anziani, "grandi vecchi" non autosufficienti che non hanno già beneficiato della misura B2;
- Con nuovi progetti di "vita indipendente";
- Ultra cinquantenni che non beneficiano di altri interventi;

Accedono prioritariamente coloro che non beneficiano di interventi o sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da enti pubblici o privati o da enti previdenziali;

I beneficiari della misura B1 assegnata dall'ASST, i beneficiari anziani di progetti "RSA Aperta" e i beneficiari di "reddito di autonomia" non potranno accedere alle misure disposte dal presente bando distrettuale.

DESCRIZIONE DELLE MISURE

Le misure attivabili e ivi regolamentate sono:

- BUONO SOCIALE MENSILE PER CARE-GIVER FAMILIARE;
- BUONO SOCIALE MENSILE PER ASSISTENTE FAMILIARE (BADANTE);
- VOUCHER SOCIALI PER MINORI CON DISABILITA' PER PROGETTI DI NATURA EDUCATIVA SOCIALIZZANTE;
- BUONO SOCIALE PER PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE.

E' esclusa la possibilità di accedere contemporaneamente (cioè relativamente allo stesso periodo) a due o più misure previste dal presente bando.

BUONO SOCIALE MENSILE PER CARE-GIVER FAMILIARE BUONO SOCIALE PER ASSISTENTE FAMILIARE (BADANTE)

Il buono è finalizzato a riconoscere il valore dell'intervento di cura prestato direttamente dai familiari a favore di soggetti con grave e gravissima disabilità o in condizioni di non autosufficienza, e a sostenere le spese della famiglia per gli stessi interventi svolti però da un assistente familiare esterno (badante) impegnato con contratto regolare.

DESTINATARI E REQUISITI

Possono conseguire il beneficio del Buono Sociale le persone che siano in possesso dei seguenti requisiti:

- possedere la **residenza** in uno dei Comuni del Distretto Sociale di Asola;
- per cittadini comunitari, possedere regolare **iscrizione anagrafica**; per cittadini extracomunitari, possedere il **permesso di soggiorno CE** per soggiornanti di lungo periodo (carta di soggiorno - ai sensi del decreto legislativo n. 3/2007) o permesso di soggiorno in corso di validità;
- possedere una situazione reddituale del nucleo familiare, calcolata in base al DPCM N. 159/2013:

	Buono care-giver familiare	Buono Assistenti familiari
ISEE inferiore a:	€ 15.000,00	€ 15.000,00

(ISEE – redditi anno 2016)

- **essere in possesso della certificazione di invalidità con indicazione di gravità ai sensi dell'art. 3 co 3 a L.104/92 o beneficiare dell'indennità di accompagnamento di cui alla Legge n. 18/1980;**
- nel caso di assistenza prestata da persone diverse dai care-giver familiari avere un contratto di lavoro con il personale addetto all'assistenza;
- non essere inserito presso strutture residenziali a tempo indeterminato;
- valutazione in "trriage" pari o superiore a 5;

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda d'accesso al Buono Sociale dovrà essere presentata al Comune di residenza utilizzando apposito modulo in distribuzione presso l'Ufficio Servizi Sociali di ciascun comune dell'ambito distrettuale, in qualsiasi momento dell'anno.

I documenti da presentare sono i seguenti:

- ➔ **domanda** di assegnazione del Buono Sociale secondo modello fac-simile allegato, debitamente compilato, sottoscritta dal richiedente ovvero da un familiare di riferimento;
- ➔ copia del **verbale d'invalidità e allegati**;
- ➔ **attestazione ISEE socio-sanitario** (riferita ai redditi 2016);

- copia **permesso di soggiorno** (per i cittadini extracomunitari);
- copia del **documento d'identità** in corso di validità del richiedente;
- copia del verbale di invalidità del familiare convivente e non richiedente;
- **dichiarazione dei servizi/benefici** usufruiti in compartecipazione con l'Ente locale, controfirmata dal responsabile di procedimento.
- Copia del contratto dell'assistente familiare;

Il Comune non potrà accogliere domande incomplete.

Ogni Comune sarà tenuto **all'invio tramite pec** all'Ufficio di Piano delle domande pervenute entro 30 giorni dal ricevimento delle stesse e a seguito della valutazione congiunta, dove necessaria, e della stesura del progetto individuale di assistenza controfirmato.

ASSEGNAZIONE DEL PUNTEGGIO

Per ciascun richiedente verrà effettuata una valutazione iniziale mediante "triage" e della situazione personale, assistenziale, familiare ed economica del nucleo e verrà attribuito un punteggio.

Nel caso in cui sia necessaria una valutazione di carattere sociosanitario, l'assistente sociale segnalerà la situazione al Cead che procederà alla valutazione con ADL e IADL.

L'assegnazione del punteggio sarà effettuata dall'Ufficio di Piano distrettuale che valuterà le singole domande secondo i seguenti criteri:

Indicatori	Criteri di attribuzione del punteggio	Punteggio
Età Beneficiario	Superiore 75 anni	5
	Inferiore anni 18	5
Valutazione Scala ADL	Indice di ADL da 0 a 2 punti	5
	Indice di ADL da 3 a 6 punti	0
Valutazione Scala IADL	Indice di IADL da 0 a 2 punti	5
	Indice di IADL da 3 a 6 punti	0
Rete Familiare	Assenza assoluta di rete familiare	5
	Presenza di familiari in altri territori	4
	Presenza di familiari in altri distretti dell'Ats "Val Padana"	3
	Presenza di rete familiare all'interno dell'AMBITO	2
	Presenza di rete familiare all'interno del Comune di residenza	1
Presenza di un altro familiare convivente affetto da disabilità con invalidità accertata tra il 67% e 99%	Presenza di un altro familiare convivente affetto da disabilità con invalidità accertata tra il 67% ed il 99%	5

Attestazione ISEE	Buono care-giver familiare	Buono assistenti familiari (badanti)	
	da € 0,00 ad € 3.000	da € 0,00 a € 3.000	8
da € 3.001 a € 6.000	da € 3.001 a € 6.000	5	
da € 6.001 ad € 9.000	da € 6.001 a 9.000	3	
da € 9.001 ad € 12.000	da € 9.001 a € 12.000	2	
Da € 12.001 a € 15.000	Da € 12.001 a € 15.000	1	
Partecipazione alla spesa dei servizi di assistenza domiciliare pubblici	Compartecipazione al 100%		5
Compartecipazione dal 50% al 99%	Compartecipazione dal 50% al 99%		3
	Compartecipazione al 20% al 49,9%		2
Prestazioni di cure familiari dirette (senza utilizzo del servizio di assistenza domiciliare e/o badanti)			5
Prestazioni di cure assicurate da assistenti familiari regolarmente assunti			4
Utilizzo Servizio domiciliare comunale	Accesso giornaliero almeno 5 ore settimanali		- 5
	Accesso almeno bisettimanale tra 2 e 4 ore		- 3
	Accesso settimanale minore o uguale ad 1 ora		- 1
Utilizzo di servizi semiresidenziali (CDD, CSE, SFA, CDI)	Comporta la riduzione del buono assegnato		- 30%

Entro 10 giorni dal ricevimento della domanda l'Ufficio di Piano comunicherà il punteggio assegnato al Comune di residenza, il quale avrà a sua volta il compito di informare gli interessati sull'esito della domanda, compresi degli eventuali motivi di esclusione.

ENTITA' E DURATA DEL BUONO

L'importo del Buono Sociale viene definito in base al punteggio ottenuto da ciascun beneficiario, secondo la seguente tabella:

BUONO CARE-GIVER FAMILIARE

Punteggio	Entità del buono mensile	Entità buono se si frequenta servizi semiresidenziali
da 10 a 17	€ 100,00	€ 60,00
da 18 a 23	€ 150,00	€ 105,00
≥ a 24	€ 200,00	€ 140,00

BUONO ASSISTENTE FAMILIARE (badante)

Punteggio	Entità del buono mensile	Entità massima del buono annuale
da 10 a 17	€ 400,00	€ 3.600,00
da 18 a 23	€ 410,00	€ 3.610,00
≥ a 24	€ 420,00	€ 3.780,00

Il buono verrà sospeso dal mese successivo in cui si verifichi uno dei motivi di decadenza o sospensione come successivamente individuati (perdita dei requisiti, falsa dichiarazione, ricovero in struttura o decesso).

MODALITA' DI ASSEGNAZIONE ED EROGAZIONE DEL BUONO

Per l'assegnazione del Buono Sociale si procede secondo l'ordine di arrivo delle domande sino alla concorrenza degli stanziamenti assegnati. L'entità del buono sarà commisurato in base al punteggio attribuito alla domanda, come sopra definito.

Il Comune di residenza sarà tenuto alla trasmissione / consegna all'Ufficio di Piano delle domande pervenute entro 10 giorni dalla loro ricezione.

L'Ufficio di Piano, entro 10 giorni dalla data di ricezione della domanda, attribuirà a ciascuna il punteggio calcolato in base ai criteri anzidetti. Sulla base al punteggio attribuito, provvederà ad impegnare la somma complessiva per ciascun beneficiario e a liquidare al Comune di residenza il 50% della somma spettante per i cittadini beneficiari; a fine anno verrà liquidata la restante quota.

Il Comune di residenza provvederà direttamente alla liquidazione del buono al beneficiario.

DECADENZA O SOSPENSIONE DEL BUONO

Il diritto al Buono Sociale decade o è sospeso per le seguenti cause:

- Trasferimento in comune al di fuori del distretto di Asola;
- ricovero di sollievo o definitivo in struttura (RSA, RSD, comunità alloggio);
- decesso.
- sottoscrizione di dichiarazioni false o inattendibili risultate dai controlli effettuati;

Il richiedente ha l'obbligo di comunicare tempestivamente ogni variazione che comporti il venir meno del diritto al Buono all'ufficio Servizi Sociali del comune di residenza, il quale dovrà trasmettere tali informazioni all'Ufficio di Piano.

VOUCHER SOCIALE PER SOSTENERE LA VITA RELAZIONALE DI MINORI CON DISABILITA'

Il voucher consente di acquistare SERVIZI EDUCATIVI, DI ACCOMPAGNAMENTO o favorire l'accesso a centri diurni (centri estivi, attività motoria in acqua, pet therapy).
Non sono

DESTINATARI E REQUISITI

Possono conseguire il beneficio del voucher sociale le persone che siano in possesso dei seguenti requisiti:

- **essere con un'età inferiore ai 18 anni;**
- possedere la **residenza** in uno dei Comuni del Distretto Sociale di Asola;
- per cittadini comunitari, possedere regolare **iscrizione anagrafica**; per cittadini extracomunitari, possedere il **permesso di soggiorno CE** per soggiornanti di lungo periodo (carta di soggiorno - ai sensi del decreto legislativo n. 3/2007) o permesso di soggiorno in corso di validità;
- essere in possesso **dell'invalidità civile certificata**;

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda d'accesso al beneficio del voucher sociale dovrà essere presentata al Comune di residenza utilizzando apposito modulo in distribuzione presso l'Ufficio Servizi Sociali di ciascun comune dell'ambito distrettuale, in qualsiasi momento dell'anno.

I documenti da presentare sono i seguenti:

I documenti da presentare sono i seguenti:

- ➔ **domanda** di assegnazione del Buono Sociale secondo modello fac-simile allegato, debitamente compilato, sottoscritto dal richiedente ovvero da un familiare di riferimento;
- ➔ copia del **verbale d'invalidità e allegati**;
- ➔ **attestazione ISEE socio-sanitario** (riferita ai redditi 2016);
- ➔ copia **permesso di soggiorno** (per i cittadini extracomunitari);
- ➔ copia del **documento d'identità** in corso di validità del richiedente;
- ➔ **dichiarazione dei servizi/benefici** usufruiti in compartecipazione con l'Ente locale, controfirmata dal responsabile di procedimento.

Il Comune non potrà accogliere domande incomplete.

Ogni Comune sarà tenuto alla trasmissione via pec all'Ufficio di Piano delle domande pervenute entro 10 giorni dal ricevimento delle stesse.

ENTITA' DEL VOUCHER

Il voucher verrà erogato in relazione a:

- Capacità economica del nucleo familiare, come individuata dall'ISEE;
- Valore economico della prestazione da acquistare.

Per le prestazioni domiciliari EDUCATIVE:

Valore ISEE in euro	Monte ore settimanale della prestazione Entità voucher		
	fino a 4 ore	da 5 a 7 ore	oltre 8 ore
0 – 5.000	40% spesa max €120 mensili	40% spesa max € 200 mensili	40% spesa max € 600 mensili
Da 5.001 a 10.000	35% spesa max €120 mensili	35% spesa max € 200 mensili	35% spesa max € 600 mensili
Da 10.001 – 15.000	30% spesa max €120 mensili	30% spesa max € 200 mensili	30% spesa max € 600 mensili

BUONO SOCIALE PER PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE

E' destinato a soggetti con disabilità fisico-motoria grave e/o gravissima, con capacità di esprimere la propria volontà, di età compresa tra i 18 e i 64 anni, che intendono realizzare il proprio progetto senza il supporto del care-giver familiare, ma con l'ausilio di un assistente personale, autonomamente scelto e da loro assunto direttamente.

DESTINATARI E REQUISITI

Possono conseguire il beneficio del voucher sociale le persone che siano in possesso dei seguenti requisiti:

- possedere la **residenza** in uno dei Comuni del Distretto Sociale di Asola;
- per cittadini comunitari, possedere regolare **iscrizione anagrafica**; per cittadini extracomunitari, possedere il **permesso di soggiorno CE** per soggiornanti di lungo periodo (carta di soggiorno - ai sensi del decreto legislativo n. 3/2007) o permesso di soggiorno in corso di validità;
- **attestazione ISEE socio sanitario in corso di validità (riferita ai redditi 2016) inferiore o uguale ad € 15.000.**
- **essere in possesso della certificazione di invalidità con indicazione di gravità ai sensi dell'art. 3 co 3 a L.104/92 o beneficiare dell'indennità di accompagnamento di cui alla Legge n. 18/1980;**
- non essere inserito presso **strutture residenziali a tempo indeterminato**;
- valutazione in "trage" **pari o superiore a 5**;

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda d'accesso al beneficio del BUONO sociale dovrà essere presentata al Comune di residenza utilizzando apposito modulo in distribuzione presso l'Ufficio Servizi Sociali di ciascun comune dell'ambito distrettuale, in qualsiasi momento dell'anno.

I documenti da presentare sono i seguenti:

- **domanda** di assegnazione del Buono Sociale secondo modello fac-simile allegato, debitamente compilato, sottoscritta dal richiedente ovvero da un familiare di riferimento;
- copia del **verbale d'invalidità e allegati**;
- **attestazione ISEE socio-sanitario** (riferita ai redditi 2016);
- copia **permesso di soggiorno** (per i cittadini extracomunitari);
- copia del **documento d'identità** in corso di validità del richiedente;
- **dichiarazione dei servizi/benefici** usufruiti in compartecipazione con l'Ente locale, controfirmata dal responsabile di procedimento.

Il Comune non potrà accogliere domande incomplete.

Ogni Comune sarà tenuto alla trasmissione via pec all'Ufficio di Piano delle domande pervenute entro i primi 10 giorni del mese successivo alla presentazione della domanda.

VALORE DEL BENEFICIO

Per ciascun richiedente verrà effettuata una valutazione della situazione personale, assistenziale, familiare ed economica del nucleo.

Il voucher verrà quindi erogato in relazione al Valore economico della prestazione fino ad un massimo nell'anno di € 5.000.

MONITORAGGIO E CONTROLLI

Ai sensi dell'art. 11 del D.Lgs. n. 159 del 5 dicembre 2013, l'ufficio competente potrà richiedere idonea documentazione atta a dimostrare la completezza e la veridicità dei dati dichiarati, anche al fine della correlazione di errori materiali.

Qualora dai controlli emergano abusi o false dichiarazioni, fatta salva l'attivazione delle necessarie procedure di legge, l'Ufficio di Piano adotta ogni misura utile a sospendere e/o revocare e recuperare i benefici concessi.

Il Comune di residenza effettua, tramite il servizio sociale, la verifica della conformità dell'utilizzo del Buono Sociale rispetto al progetto concordato (patto assistenziale con la famiglia).

TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei dati personali raccolti avviene in applicazione dell'art. 18 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Informativa e consenso al trattamento dei dati:

In base a quanto disposto dall'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 si informa circa il trattamento dei dati personali ed in particolare che:

- La finalità del trattamento è la valutazione per l'erogazione di "titoli sociali (buoni, voucher e contributi) ai sensi della DGR N. X/7856 seduta del 12/02/2018" e per le procedure amministrative inerenti l'espletamento della pratica.
- I dati saranno trattati su supporti cartacei ed elettronici.
- Il conferimento dei dati ha natura facoltativa, tuttavia la loro mancanza non consentirà di dare luogo alle attività di cui sopra.
- Potranno essere esercitati i diritti di accesso ai dati di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003.
- Il titolare del trattamento è il Comune di residenza.

DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI BUONI SOCIALI MENSILI PER CARE-GIVER FAMILIARE E PER ASSISTENTE FAMILIARE (BADANTE)

Il richiedente:

Cognome: _____ Sesso <input type="checkbox"/> <i>maschio</i> <input type="checkbox"/> <i>femmina</i> Nome: _____
Luogo e data di nascita _____ Codice fiscale: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Residenza Via _____ Comune _____
Tel. _____ Cell: _____

**CHIEDE L'ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE A FAVORE DI
(compilare solo nel caso in cui il richiedente è diverso dal beneficiario)**

Cognome: _____ Sesso <input type="checkbox"/> <i>maschio</i> <input type="checkbox"/> <i>femmina</i> Nome: _____
Luogo e data di nascita _____ Età ' _____ Codice fiscale: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n°445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA
quanto segue**

- il beneficiario è residente nel Comune di _____;

- per i cittadini extracomunitari, il beneficiario possiede permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (carta di soggiorno – ai sensi del D.Lgs n. 3/2007) o permesso di soggiorno in corso di validità (COPIA ALLEGATA);
- che la situazione economica del nucleo familiare del beneficiario è espressa da una **attestazione ISEE socio-sanitario (allegata)**
 - inferiore ad € 15.000 (per buono care-giver)
 - inferiore ad € 15.000 (per buono assistenti familiari)
- il beneficiario è in possesso di **invalidità civile certificata al 100%** (COPIA ALLEGATA)
- indicazione di gravità ai sensi **dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92** o beneficiario **dell'indennità di accompagnamento di cui alla L. 18/1980** (COPIA ALLEGATA);
- che il beneficiario è assistito nella cura da:
 - care-giver familiare
 - assistente familiare regolarmente assunto con contratto di lavoro;
- il beneficiario non è inserito presso strutture residenziali a tempo indeterminato;
- il beneficiario, rispetto ai seguenti servizi territoriali,

(barrare la casella interessata)	SI	NO
Frequenta un servizio Diurno (CDD, CSE, SFA) specificare _____		
Usufruisce di prestazioni socio-sanitarie (ADI)		
Usufruisce del Servizio di Assistenza domiciliare Comunale, con le seguente formula:		
Accesso giornaliero almeno 5 ore settimanali		
Accesso almeno bisettimanale tra 2 e 4 ore		
Accesso settimanale minore o uguale ad 1ora		

- di compartecipare alla spesa per tali servizi nella misura (barrare la casella interessata):
 - del 100%
 - dal 50% al 99%
 - dal 20% al 49,90%

- di trovarsi, come beneficiario, nella seguente condizione riferita alla rete familiare:

RETE FAMILIARE (barrare la casella interessata)	SI	NO
Assenza di rete familiare (solo assoluto)		
Presenza di rete familiare nel Comune di residenza		
Presenza di rete familiare all'interno del distretto		
Presenza di familiari in altri territori		
Presenza di altro familiare convivente affetto da disabilità con invalidità accertata tra il 60% e l'80% (ALLEGA COPIA)		

Ai fini della presentazione della presente domanda **allega la fotocopia del documento di identità del richiedente (e del beneficiario).**

DICHIARA altresì di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 1, 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, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 3, fatta salva l'attivazione delle necessarie procedure di legge, il beneficio verrà revocato;

CHIEDE che il buono venga versato con accredito su c/c Bancario (o Postale) - (NB il c/c deve essere intestato o cointestato al beneficiario)

Conto corrente intestato a _____

Banca _____ Filiale di _____

Codice IBAN:

PAESE	CHECK	CIN	ABI	CAB	NUMERO CONTO

Luogo e data _____ Il dichiarante _____



Distretto di **ASOLA**

Piano di Zona

Acquasanta Sul Chiese-Asola-Cantùe Sul' Oglio-Gualchero
Lussemburgh-Casalborsari-Castel'Inghese-Civovani
Guardato Degli'Ipotesi-Mantova-Montebelluna-Palaga-Rodolfo

In applicazione all'art. 18 del Decreto Legislativo 196 del 30.06.2003 si comunica che:

- I dati richiesti sono necessari a determinare il diritto alla corresponsione del "buono per caregiver familiare e per assistente familiare (badante)";
- Il rifiuto a fornire i dati richiesti ha come conseguenza l'impossibilità ad accedere alla determinazione del buono;
- Titolare del trattamento dei dati è il Comune di _____ via /piazza _____, nella persona del _____

Il sottoscritto, in relazione a quanto previsto dalla legge del 30 Giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", esprime il proprio consenso alla raccolta e al trattamento dei dati nella presente dichiarazione riportati, entro i limiti e secondo le finalità previste dalla stessa legge.

Luogo e data _____

Firma dichiarante

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Esito valutazione "trriage": _____

Dichiaro di aver provveduto alla valutazione e registrazione del triage nel portale Maya dell'Asl di Mantova.

Di aver effettuato valutazione multiprofessionale entro 10 giorni dalla presentazione della domanda e che l'indice di ADL è _____ e di IADL è _____

Il Pai controfirmato dall'utente o ads e dai familiari è depositato presso il Cead.

Luogo e data _____

L'Assistente Sociale



Distretto di
ASOLA

Piano di Zona

Acquasanta Sul Chiese-Asola-Cantotto-Sal' Oglio-Casalecchio
Casalclinto-Casalnuovo-Casoli-Casole-Clusone
Guardia Degli Infanti-Mariano-Montebelluna-Palaga-Rodolfo

**VOUCHER SOCIALE PER SOSTENERE LA VITA RELAZIONALE
DI MINORI CON DISABILITA'**

Il richiedente:

Cognome: _____ Sesso <input type="checkbox"/> maschio <input type="checkbox"/> femmina
Nome: _____
Luogo e data di nascita _____
Codice fiscale: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Residenza Via _____ Comune _____
Tel. _____ Cell: _____

**CHIEDE L'ASSEGNAZIONE DEL VOUCHER SOCIALE A FAVORE DI
(compilare solo nel caso in cui il richiedente è diverso dal beneficiario)**

Cognome: _____ Sesso <input type="checkbox"/> maschio <input type="checkbox"/> femmina
Nome: _____
Luogo e data di nascita _____ Età' _____
Codice fiscale: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n°445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA
quanto segue**

- il beneficiario è residente nel Comune di _____;

- per i cittadini extracomunitari, il beneficiario possiede permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (carta di soggiorno – ai sensi del D.Lgs n. 3/2007) o permesso di soggiorno in corso di validità (COPIA ALLEGATA);
- il beneficiario è in possesso di **invalidità civile certificata al 100%** (COPIA ALLEGATA)
- indicazione di gravità ai sensi **dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92** o beneficiario **dell'indennità di accompagnamento di cui alla L. 18/1980** (COPIA ALLEGATA);
- che la situazione economica del nucleo familiare del beneficiario è espressa da una **indicatore ISEE socio sanitario pari a € _____ (allegare attestazione valida)**
- che intende usufruire, a favore del beneficiario, delle seguenti prestazioni:

	Spesa mensile
Prestazioni domiciliari educative:	
Fino a 4 ore sett.li	
Oltre 8 ore sett.li Da 5 a 7 ore sett.li	

- il beneficiario, rispetto ai seguenti servizi territoriali,

(barrare la casella interessata)	SI	NO
Frequenta un servizio Diurno (CDD, CSE, SFA) specificare _____		
Usuisce di prestazioni socio-sanitarie (ADI)		
Usuisce del Servizio di Assistenza domiciliare Comunale, con le seguente formula:		
Accesso giornaliero almeno 5 ore settimanali		
Accesso almeno bisettimanale tra 2 e 4 ore		
Accesso settimanale minore o uguale ad 1ora		

- di compartecipare alla spesa per tali servizi nella misura (barrare la casella interessata):
 - del 100%
 - dal 50% al 99%
 - dal 20% al 49,90%

Ai fini della presentazione della presente domanda **allega la fotocopia del documento di identità del richiedente (e del beneficiario).**

- il beneficiario è residente nel Comune di _____;
- per i cittadini extracomunitari, il beneficiario possiede permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (carta di soggiorno – ai sensi del D.Lgs n. 3/2007) o permesso di soggiorno in corso di validità (COPIA ALLEGATA);
- il beneficiario è in possesso di **invalidità civile certificata al 100%** (COPIA ALLEGATA)
- indicazione di gravità ai sensi **dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92** o beneficiario **dell'indennità di accompagnamento di cui alla L. 18/1980** (COPIA ALLEGATA);
- **attestazione ISEE socio sanitario** in corso di validità (riferita ai redditi 2016) **inferiore o uguale ad € 15.000;**
- il beneficiario, rispetto ai seguenti servizi territoriali,

(barrare la casella interessata)	SI	NO
Frequenta un servizio Diurno (CDD, CSE, SFA) specificare _____		
Usufuisce di prestazioni socio-sanitarie (ADI)		
Usufuisce del Servizio di Assistenza domiciliare Comunale, con le seguente formula:		
Accesso giornaliero almeno 5 ore settimanali		
Accesso almeno bisettimanale tra 2 e 4 ore		
Accesso settimanale minore o uguale ad 1 ora		

- di compartecipare alla spesa per tali servizi nella misura (barrare la casella interessata):
 - del 100%
 - dal 50% al 99%
 - dal 20% al 49,90%

Ai fini della presentazione della presente domanda **allega la fotocopia del documento di identità del richiedente (e del beneficiario).**

DICHIARA altresì di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 1, 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, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 3, fatta salva l'attivazione delle necessarie procedure di legge, il beneficio verrà revocato;



CHIEDE che il buono venga versato con accredito su c/c Bancario (o Postale) - (NB il c/c deve essere intestato o cointestato al beneficiario)

Conto corrente intestato a _____

Banca _____ Filiale di _____

Codice IBAN:

PAESE	CHECK	CIN	ABI				CAB				NUMERO CONTO									

Luogo e data _____

Il dichiarante _____

In applicazione all'art. 18 del Decreto Legislativo 196 del 30.06.2003 si comunica che:

- I dati richiesti sono necessari a determinare il diritto alla corresponsione del "buono per caregiver familiare e per assistente familiare (badante)";
- Il rifiuto a fornire i dati richiesti ha come conseguenza l'impossibilità ad accedere alla determinazione del buono;
- Titolare del trattamento dei dati è il Comune di _____ via /piazza _____, nella persona del _____

Il sottoscritto, in relazione a quanto previsto dalla legge del 30 Giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", esprime il proprio consenso alla raccolta e al trattamento dei dati nella presente dichiarazione riportati, entro i limiti e secondo le finalità previste dalla stessa legge.

Luogo e data _____

Firma dichiarante
