



**COMUNITÀ MONTANA  
VALLE BREMBANA  
ENTE GESTORE PIANO DI  
ZONA 2021/2023**

ALGUA – AVERARA – BLELLO – BRACCA – BRANZI – CAMERATA CORNELLO  
CARONA – CASSIGLIO – CORNALBA – COSTA SERINA – CUSIO - DOSSENA -  
FOPPOLO - ISOLA DI FONDRA – LENNA – MEZZOLDO – MOIO DE’ CALVI  
OLMO AL BREMBO - OLTRE IL COLLE – ORNICA – PIAZZA BREMBANA  
PIAZZATORRE - PIAZZOLO - RONCOBELLO – SAN GIOVANNI BIANCO - SAN  
PELLEGRINO TERME - SANTA BRIGIDA - SEDRINA – SERINA TALEGGIO  
UBIALE CLANEZZO -VAL BREMBILLA - VALLEVE - VALNEGRA VALTORTA  
VEDESETA – ZOGNO

Sistema Socio Sanitario



**Regione  
Lombardia**

**ATS Bergamo**

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI BUONI/VOUCHER SOCIALI  
A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE ED ANZIANI IN CONDIZIONE DI NON  
AUTOSUFFICIENZA FNA – ANNO 2022 ESERCIZIO 2023**

**DATI BENEFICIARIO**

|   |                    |           |      |
|---|--------------------|-----------|------|
| COGNOME                                       | NOME               |           |      |
| NATO/A A                                      | PROV ( )           | IL        |      |
| CODICE FISCALE                                |                    |           |      |
| RESIDENTE IN VIA                              | N°                 | COMUNE DI | CAP. |
| DOMICILIO solo se diverso dalla residenza VIA |                    | N°        |      |
| COMUNE DI                                     | CAP.               |           |      |
| EMAIL   | NUMERO DI TELEFONO |           |      |
| DOCUMENTO D'IDENTITA' N.                      | RILASCIATO DA      |           |      |
| SCADENZA AL                                   |                    |           |      |

**DATI RICHIEDENTE (SOLO SE DIVERSO DAL BENEFICIARIO)**

|  |                    |           |      |
|--|--------------------|-----------|------|
| COGNOME  | NOME               |           |      |
| NATO/A A   | PROV ( )           | IL        |      |
| CODICE FISCALE   |                    |           |      |
| RESIDENTE IN VIA   | N°                 | COMUNE DI | CAP. |
| DOMICILIO solo se diverso dalla residenza VIA  |                    | N°        |      |
| COMUNE DI  | CAP.               |           |      |
| EMAIL  | NUMERO DI TELEFONO |           |      |
| DOCUMENTO D'IDENTITA' N.   | RILASCIATO DA      |           |      |
| SCADENZA AL  |                    |           |      |
| in qualità di:   |                    |           |      |
| A) Nel caso la persona sia in stato di impedimento permanente, in qualità di:  |                    |           |      |
| <input type="checkbox"/> TUTORE <input type="checkbox"/> CURATORE <input type="checkbox"/> AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO<br>nominato con provvedimento n. _____ del _____;  |                    |           |      |
| B) Nel caso la persona sia in stato d'impedimento temporaneo, in qualità di:   |                    |           |      |
| <input type="checkbox"/> CONIUGE o in sua assenza FIGLIO o, in mancanza di questo, ALTRO PARENTE (indicare la relazione di parentela)<br>_____   |                    |           |      |
| C) Nel caso di minore:   |                    |           |      |
| <input type="checkbox"/> GENITORE ESERCENTE LA POTESTÀ GENITORIALE IN VIA ESCLUSIVA<br><input type="checkbox"/> GENITORE (in questo caso è necessario che la domanda, pur compilata da uno di essi, sia sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori del minore). |                    |           |      |

**RICHIEDE**

L'assegnazione di un buono/voucher per la seguente misura (barrare la casella corrispondente):

- 1)** Buono sociale mensile per anziani e adulti finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate dal Caregiver familiare;
- 2)** Buono sociale mensile per anziani e adulti per acquisto di prestazioni da Assistente Personale (Badante) assunto con regolare contratto di lavoro;
- 3)** Buono sociale per la realizzazione di progetti di vita indipendente, rivolto a soggetti di età compresa tra 18 e 64 anni che intendono realizzare il loro progetto di vita senza caregiver familiare, ma con l'ausilio di personale regolarmente assunto;
- 4)** Voucher sociali per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità, finalizzato all'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare e/o territoriale.

E **DICHIARA** pertanto (barrare la casella corrispondente):

- Di essere residente in uno dei 37 Comuni dell'Ambito Territoriale Valle Brembana;



COMUNITÀ MONTANA  
VALLE BREMBANA  
ENTE GESTORE PIANO DI  
ZONA 2021/2023

ALGUA – AVERARA – BLELLO – BRACCA – BRANZI – CAMERATA CORNELLO  
CARONA – CASSIGLIO – CORNALBA – COSTA SERINA – CUSIO - DOSSENA -  
FOPPOLO - ISOLA DI FONDRA – LENNA – MEZZOLDO – MOIO DE’ CALVI  
OLMO AL BREMBO - OLTRE IL COLLE – ORNICA – PIAZZA BREMBANA  
PIAZZATORRE - PIAZZOLO - RONCOBELLO – SAN GIOVANNI BIANCO - SAN  
PELLEGRINO TERME - SANTA BRIGIDA - SEDRINA – SERINA TALEGGIO  
UBIALE CLANEZZO -VAL BREMBILLA - VALLEVE - VALNEGRA VALTORTA  
VEDESETA – ZOGNO

Sistema Socio Sanitario  
 Regione  
Lombardia  
ATS Bergamo

- Di aver preso visione del *bando per l'erogazione di buoni sociali in favore di persone con disabilità' grave in condizione di non autosufficienza anno 2022* dell'Ambito Valle Brembana;
- Che il buono/voucher sociale verrà utilizzato secondo le finalità espresse dal bando;
- Di essere consapevole che il buono sociale verrà erogato alle persone che risulteranno ammesse al beneficio a seguito di risultato ottenuto nelle graduatorie anziani/disabili di Ambito, in relazione ai fondi disponibili e in base all'attribuzione di un punteggio ottenuto secondo quanto definito dai criteri di valutazione e priorità del bando;
- Di impegnarsi a sottoscrivere un progetto individuale che l'Equipe di Valutazione Multidimensionale Ambito/ASST si riserverà di valutare chiedendo eventualmente integrazioni e/o una riformulazione in tempi successivi;
- Di comunicare tempestivamente all'Assistente Sociale di riferimento eventuali modifiche della condizione del beneficiario tali da determinarne la decadenza al beneficio (secondo quanto definito nel bando - Clausola di esclusione e decadenza);
- Di essere a conoscenza che, ai sensi del D.P.R. 445/2000, si procederà ad idonei controlli diretti a/ accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e dell'adesione al progetto e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 445/2000, fatta salva l'attivazione delle necessarie procedure di legge, il beneficio verrà revocato;
- di non trovarsi in nessuna delle cause di incompatibilità così come elencate da bando nel capoverso – incompatibilità;

**Dichiara inoltre** (barrare la casella corrispondente):

- di aver precedentemente beneficiato della misura \_\_\_\_\_ nell'annualità \_\_\_\_\_ (indicare anno);
- di aver attivato/richiesto in favore dell'anziano/disabile per il periodo di riferimento del bando i seguenti interventi/servizi (es. centro diurno disabili, centro socio educativo, servizio assistenza domiciliare, Misura "Dopo di Noi", Pensione/Reddito di Cittadinanza ecc.):  
\_\_\_\_\_

**Si rammenta che l'iscrizione in via continuativa del beneficiario a servizi semi-residenziali (es. centro diurno disabili, centro socio-educativo ecc.) comporta l'assegnazione del buono ridotto del 50% sull'importo complessivo.**

Si allega alla presente istanza:

- Copia di documento di identità del beneficiario e del richiedente;
- Schede di valutazione ADL/IADL e fragilità sociale compilate dal Servizio Sociale di riferimento;
- Progetto individualizzato sottoscritto ed elaborato dal Servizio Sociale di riferimento;
- Modulo privacy sottoscritto;
- Certificazione attestante la disabilità grave e/o non autosufficienza (così come definito dall'art.3 comma 3 della L.104/92 oppure indennità di accompagnamento di cui alla legge n.18/1980 e s.m.i. con L.508/1988);

*Oppure:*

- Dichiarazione di aver avviato il processo di accertamento della condizione di invalidità del beneficiario con n. istanza \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;
- Dichiarazione ISEE in corso di validità (*socio sanitario per adulti, ordinario per minori*);

*Oppure:*

- (se non presente dichiarazione ISEE in corso di validità): ultima dichiarazione ISEE disponibile o DSU 2022 corredate da autodichiarazione della data di appuntamento per la sottoscrizione del documento presso il CAAF);
- Copia del decreto di nomina di amministratore di sostegno, tutela o interdizione (*qualora presente*).



COMUNITÀ MONTANA  
VALLE BREMBANA  
ENTE GESTORE PIANO DI  
ZONA 2021/2023

ALGUA – AVERARA – BLELLO – BRACCA – BRANZI – CAMERATA CORNELLO  
CARONA – CASSIGLIO – CORNALBA – COSTA SERINA – CUSIO - DOSSENA -  
FOPPOLO - ISOLA DI FONDRA – LENNA – MEZZOLDO – MOIO DE’ CALVI  
OLMO AL BREMBO - OLTRE IL COLLE – ORNICA – PIAZZA BREMBANA  
PIAZZATORRE - PIAZZOLO - RONCOBELLO – SAN GIOVANNI BIANCO - SAN  
PELLEGRINO TERME - SANTA BRIGIDA - SEDRINA – SERINA TALEGGIO  
UBIALE CLANEZZO -VAL BREMBILLA - VALLEVE - VALNEGRA VALTORTA  
VEDESETA – ZOGNO

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ATS Bergamo

Da compilare SOLO in caso di richiesta di BUONO SOCIALE CAREGIVER:

Il sottoscritto (nome e cognome) \_\_\_\_\_

**ATTESTA**

(consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi - articolo 76, DPR n. 445/2000)  
in qualità di caregiver familiare di prestare **un minimo di 5/h. die** di assistenza con mansioni di supporto nelle attività della  
vita quotidiana al beneficiario del buono.

Firma \_\_\_\_\_

Da compilare SOLO in caso di richiesta di BUONO SOCIALE CAREGIVER:

Il sottoscritto (nome e cognome) \_\_\_\_\_

**ATTESTA**

(consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi - articolo 76, DPR n. 445/2000)

in qualità di caregiver familiare che il beneficiario frequenta un **servizio semi-residenziale** (CSE, CDD ecc...)

per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali.

Firma \_\_\_\_\_

Da compilare SOLO in caso di richiesta di BUONO SOCIALE MENSILE PER ACQUISTO DI PRESTAZIONI DA  
ASSISTENTE PERSONALE (BADANTE) ASSUNTO CON REGOLARE CONTRATTO DI LAVORO:

Il sottoscritto (nome e cognome) \_\_\_\_\_

**ATTESTA**

(consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi - articolo 76, DPR n. 445/2000)

di aver provveduto all'assunzione di personale con funzione di assistente familiare tramite regolare contratto di lavoro

per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali;

Firma \_\_\_\_\_

