



**COMUNITA' MONTANA
dei LAGHI BERGAMASCHI**



Ufficio Sociale Basso Sebino

*Sede legale: via del Cantiere n. 4 - 24065 Lovere (Bg)
CF 90029430163 PI 03606190167*

**Sede operativa dell'Ambito del Basso Sebino:
via Roma, n. 35 - 24060 Villongo (Bg)
Tel. 035/927031 - Fax 035/927676
mail: sonia.tignonsini@cmlaghi.bg.it**

Spett.li

Comune di residenza del cittadino

**Ambito Territoriale Sociale Monte
Bronzone Basso Sebino -
Comunità Montana dei Laghi
Bergamaschi**

**MODULO PER LA RICHIESTA FONDO NON AUTOSUFFICIENZA
Misura Sostegno e Misura Servizi (ex B2)**

Il sottoscritto/a (nome e cognome) _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

residente in via/piazza _____ n. _____

Comune di _____ C.A.P. _____ Prov _____

Tel. _____ email _____

☐ In qualità di diretto interessato

OVVERO

☐ In qualità di:

☐ tutore; ☐ curatore; ☐ amministratore di sostegno (allegare decreto / sentenza di nomina);

☐ coniuge; ☐ figlio; ☐ genitore; ☐ altro parente (specificare) _____

DATI DEL BENEFICIARIO

Del/la sig./ra (nome e cognome) _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____



**COMUNITA' MONTANA
dei LAGHI BERGAMASCHI**



Ufficio Sociale Basso Sebino

*Sede legale: via del Cantiere n. 4 – 24065 Lovere (Bg)
CF 90029430163 PI 03606190167*

**Sede operativa dell'Ambito del Basso Sebino:
via Roma, n. 35 – 24060 Villongo (Bg)
Tel. 035/927031 – Fax 035/927676
mail: sonia.tignonsini@cmlaghi.bg.it**

Codice fiscale _____

Stato civile _____ Medico di Base _____

residente in via/piazza _____ n. _____

Comune di _____ C.A.P. _____ Prov. _____

Indicare eventuale domicilio se diverso dalla residenza: _____

Tel. _____ email _____

Invalidità _____% ☐ con accompagnamento ☐ senza accompagnamento;

Certificazione L. 104 (indicare esito: articolo e comma) _____

Esenzione ticket _____

Diagnosi _____

CAREGIVER di riferimento:

1) Nome e Cognome _____

Indirizzo _____

Recapiti (tel e email) _____

2) Nome e Cognome _____

Indirizzo _____

Recapiti (tel e email) _____

ISEE

☐ ordinario

☐ sociosanitario: beneficiario, coniuge, figli minorenni, figli maggiorenni se a carico



Sede legale: via del Cantiere n. 4 – 24065 Lovere (Bg)
CF 90029430163 PI 03606190167

Sede operativa dell'Ambito del Basso Sebino:
via Roma, n. 35 – 24060 Villongo (Bg)
Tel. 035/927031 – Fax 035/927676
mail: sonia.tignonsini@cmlaghi.bg.it

- ☐ **sociosanitario:** solo beneficiario maggiorenne (caso di persona non coniugata e senza figli che vive con i genitori o con altri parenti o con altre persone)
- ☐ **sociosanitario:** genitori del beneficiario minorenni anche se non coniugati e non conviventi
- Valore ISEE: € _____

RICHIEDE

l'erogazione del seguente voucher sociale/buono/contributo

ASSISTENZA DIRETTA (CONTRIBUTI ECONOMICI):

- ☐ Buono mensile fino a € 100,00 finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza indiretta assicurate dal solo caregiver familiare inserito nel Progetto Individuale e coinvolto attivamente nei piani di assistenza;
- ☐ Buono sociale mensile fino a un massimo di € 200,00 in caso di personale di assistenza regolarmente impiegato anche in presenza di un caregiver familiare
- ☐ Buono sociale mensile fino a un massimo di € 800,00 per sostenere Progetti di Vita Indipendente di persone con disabilità grave che vivono sole al domicilio e che intendono realizzare il proprio progetto senza il supporto del caregiver familiare, ma con l'ausilio di un assistente personale, autonomamente scelto e regolarmente assunto.

ASSISTENZA DIRETTA (VOUCHER/INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI):

ASSISTENZA DOMICILIARE:

Prestazioni di respiro dall'assistenza (interventi di sollievo)

- ☐ Supporto e sollievo ai caregiver familiari;
- ☐ Benessere e miglioramento della qualità di vita della persona con disabilità e anziana non autosufficiente

L'utente ha beneficiato di voucher/buoni/contributi l'anno precedente ☐ SI ☐ NO

Se sì di quale voucher/buono/contributo ha usufruito?

La domanda potrà riguardare la richiesta di servizi solo per l'anno solare in cui viene presentata. Ogni anno, pertanto, il beneficiario dovrà ripresentare la domanda della misura correlata di attestazione ISEE.

A tal fine, avvalendosi della facoltà concessa dagli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità.



Sede legale: via del Cantiere n. 4 – 24065 Lovere (Bg)
CF 90029430163 PI 03606190167

Sede operativa dell'Ambito del Basso Sebino:
via Roma, n. 35 – 24060 Villongo (Bg)
Tel. 035/927031 – Fax 035/927676
mail: sonia.tignonsini@cmlaghi.bg.it

DICHIARA

- che la mia condizione mi porta ad avere la necessità di appoggio o di aiuto da parte di altre persone
- che la mia situazione familiare è la seguente (indicare componenti del nucleo familiare convivente):

Cognome e nome	Data di nascita	Grado di parentela

- che ho n. ____ figli di cui ____ non conviventi
- che ☐ non è presente un assistente familiare; ☐ che è presente un assistente familiare per n. ore ____;
- di utilizzare il Voucher Sociale per acquistare le prestazioni selezionate dai soggetti accreditati, erogate mediante l'intervento di operatori qualificati/titolati, in base al voucher concordato con il Servizio Sociale
- di informare immediatamente il servizio sociale nel caso di ricovero presso strutture residenziali o nel caso di significativi cambiamenti rispetto alla mia situazione personale
- di essere a conoscenza che, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 1, si procederà 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, il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti.

Luogo e data

Firma

☐ La presente dichiarazione è resa nell'interesse del soggetto che si trova impossibilitato a firmare, dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio o da altro parente.

In assenza di parenti la dichiarazione può essere resa, secondo le modalità indicate, dalla persona che svolge funzioni di cura e che garantisce l'assistenza al soggetto interessato.

Cognome e nome..... grado di parentela o relazione con l'interessato
comune di residenza

Luogo e data,

Firma



Sede legale: via del Cantiere n. 4 – 24065 Lovere (Bg)
CF 90029430163 PI 03606190167

Sede operativa dell'Ambito del Basso Sebino:
via Roma, n. 35 – 24060 Villongo (Bg)
Tel. 035/927031 – Fax 035/927676
mail: sonia.tignonsini@cmlaghi.bg.it

ALLEGATI ALLA DOMANDA:

- INFORMATIVA PRIVACY SOTTOSCRITTA;
- ATTESTAZIONE ISEE in corso di valore;
- VERBALE INVALIDITA' E/O LEGGE 104;
- COPIA CARTA IDENTITA' e CODICE FISCALE DEL DICHIARANTE;
- COPIA CARTA IDENTITA' e CODICE FISCALE DEL BENEFICIARIO;
- Per richiesta di buoni economici allegare IBAN del conto corrente intestato al beneficiario della domanda