



MISURE A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE O COMUNQUE IN CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA (dgr 5791/2021 – Misura B2)

Interventi di sostegno e supporto alla persona e alla sua famiglia per garantire una piena possibilità di permanenza al proprio domicilio e nel suo contesto di vita

	DESTINATARI: Persone in possesso dei seguenti requisiti: <ul style="list-style-type: none">- Residenti nei comuni dell'Ambito Distrettuale del Monte Bronzone e Basso Sebino (Adrara San Martino, Adrara San Rocco, Credaro, Foresto Sparso, Gandosso, Parzanica, Predore, Sarnico, Tavernola B.sca, Viadanica, Vigolo, Villongo)- Di qualsiasi età- Che vivono al proprio domicilio- Che evidenziano gravi limitazioni della capacità funzionale che compromettono significativamente la loro autosufficienza e autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, di relazione sociale- Condizioni di gravità: articolo 3 c.3 L. 104 o destinatari di accompagnamento (L. 18/1980 e successive modifiche con L. 508/1988)- ISEE: inferiore a € 25.000,00 per i maggiorenni (ISEE sociosanitario) inferiore a € 40.000,00 per minori (ISEE ordinario) inferiore a € 30.000,00 per progetti di vita indipendente (ISEE sociosanitario)
	L'EROGAZIONE DELLA MISURA E' COMPATIBILE CON: <ul style="list-style-type: none">- Interventi di assistenza domiciliare: Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD e SADH);- Interventi di riabilitazione in regime ambulatoriale o domiciliare;- Ricovero ospedaliero e/o riabilitativo;- Ricovero di sollievo per adulti per massimo di 60 gg programmabili nell'anno, per minore massimo 90 gg;- Sostegni Dopo di Noi;- Prestazioni Home care Premium/INPS HCP prestazioni integrative- Bonus assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. 15/2015
	L'EROGAZIONE DELLA MISURA NON E' COMPATIBILE CON: <ul style="list-style-type: none">- Voucher anziani e disabili ex DGR 7487/2017 e DGR 2564/2019;- Accoglienza definitiva presso unità d'offerta residenziali sanitarie sociosanitarie o sociali (es RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità)



	<ul style="list-style-type: none"> - Misura B1 - Contributo da risorse progetti vita indipendente PRO.VI; - Ricoveri di sollievo il cui costo è a carico del Fondo Sanitario Regionale; - Presa in carico con Misura RSA Aperta ex dgr 7769/2018 - Prestazioni Home care Premium/INPS HCP prestazione prevalente <p>LA MISURA VIENE ATTIVATA solo in seguito a valutazione multidimensionale e a stesura di un progetto individualizzato. Al termine di ogni valutazione multidimensionale verrà stilata una graduatoria.</p>
	<p>MISURE ATTIVABILI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buono Caregiver familiare e assistente familiare - Buono per progetti di vita indipendente - Voucher per sostenere la vita di relazione a favore di minori con disabilità (non finanziabili voucher connessi alle attività scolastiche) e di adulti e anziani con disabilità
	<p>Per la presentazione delle domande è necessario rivolgersi ai servizi sociali comunali</p> <p>Documentazione necessaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schede di valutazione a carico delle assistenti sociali; - verbale invalidità (L. 102 e/o L. 104) - attestazione ISEE in corso di validità
	<p>SCADENZA DELLA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE:</p> <p>Lo sportello è aperto, fino ad esaurimento fondi, ogni mese si riunirà l'équipe multidimensionale per la valutazione delle domande</p>
	<p>PER INFORMAZIONI CONTATTARE UTES PRESSO LA SEDE DELLA COMUNITA' MONTANA DI VILLONGO da lunedì a giovedì mattina 9.00- 13.00 e pomeriggio 14.00-17.30 e il venerdì mattina 9.00-13.00 al n. 035.927031; Comune di Sarnico 035.924152; Comune di Villongo 035.927222</p>



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: francesca.bianchi@cmlaghi.bg.it

MODULO PER LA RICHIESTA VOUCHER O BUONO
FONDO NON AUTOSUFFICIENZA - MISURA B2
Anno 2022

Il sottoscritto/a (nome e cognome) _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente in via/piazza _____ n. _____

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

Tel. _____ email _____

Codice fiscale _____

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 _____

residente in via/piazza _____ n. _____

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

Tel. _____ email _____

Indicare eventuale domicilio se diverso dalla residenza: _____

Stato civile _____ Medico di Base _____

Codice fiscale _____



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: francesca.bianchi@cmlaghi.bg.it

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

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: € _____



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: francesca.bianchi@cmlaghi.bg.it

RICHIEDE

l'erogazione del seguente voucher sociale/buono

LA SEGUENTE TIPOLOGIA DI SERVIZIO:

PER L'ATTIVAZIONE DELLA SEGUENTE MISURA B2

- Voucher Minori
- Voucher Anziani e Disabili
- Buono caregiver familiare (minori e non autosufficienza)
- Buono assistente familiare
- Buono vita indipendente

per il seguente periodo: DAL _____ AL _____

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

Se si 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 di voucher correlata di attestazione ISEE. Su tale certificazione verrà calcolata la quota di compartecipazione al servizio per l'intero anno.

A tal fine, avvalendosi della facoltà concessa degli 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.

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):



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: francesca.bianchi@cmlaghi.bg.it

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

ALLEGATI ALLA DOMANDA:

- INFORMATIVA PRIVACY SOTTOSCRITTA;
- SCHEDE ADL/ IADL debitamente compilate;
- SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE debitamente compilata;
- ATTESTAZIONE ISEE in corso di valore;
- VERBALE INVALIDITA' E LEGGE 104 (indispensabile per la misura B2);
- COPIA CARTA IDENTITA' DEL DICHIARANTE;
- COPIA CARTA IDENTITA' DEL BENEFICIARIO.

NB: Non si accettano domande parzialmente compilate e non complete della documentazione