



**FONDO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE
(DGR n. XI/6576 del 30/06/2022 – AMBITO MONTE BRONZONE E BASSO SEBINO)**

Assegno una tantum per sostenere il ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare

	<p>DESTINATARI:</p> <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 con presenza del caregiver familiare - Che evidenziano gravi limitazioni della capacità funzionale che compromettono significativamente la loro autosufficienza e autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, di relazione sociale - In condizione 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) <p>LA MISURA VIENE ATTIVATA solo in seguito a valutazione multidimensionale e a stesura di un progetto individualizzato.</p>
	<p>INTERVENTI ATTIVABILI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Interventi residenziali di sollievo: intervento di carattere economico a concorso delle spese sostenute per la retta per ricoveri di sollievo temporanei presso unità di offerta sociosanitarie. Rimborso una tantum fino a un massimo di € 400,00. Sostegno riconosciuto una sola volta all'anno. <u>Intervento compatibile con gli strumenti della misura B2.</u> Contributo erogato in seguito a presentazione delle spese sostenute. 2. Interventi di valorizzazione del ruolo del caregiver familiare. Assegno una tantum pari a € 400,00 a favore del caregiver familiare. <u>Intervento NON compatibile con gli strumenti della misura B2.</u>
	<p>Per la presentazione delle domande è necessario rivolgersi ai servizi sociali comunali</p>
	<p>SCADENZA DELLA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE: Il bando è aperto dal 15/09/2022 al 24/11/2022</p>
	<p>PER INFORMAZIONI CONTATTARE IL SERVIZIO SOCIALE 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>



**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: francesca.bianchi@cmlaghi.bg.it

**MODULO PER LA RICHIESTA BUONO
FONDO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER
FAMILIARE – DGR XI/6576 DEL 30/06/2022
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 caregiver familiare

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 _____

Invalidità _____% con accompagnamento senza accompagnamento;

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

Esenzione ticket _____



COMUNITA' MONTANA
dei LAGHI BERGAMASCHI



Ufficio Sociale Basso Sebino

Sede legale: via del Cantiere n. 4 - 24065 Louere (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

Diagnosi _____

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: € _____

RICHIEDE

l'erogazione del seguente buono sociale

- Interventi residenziali di sollievo: intervento di carattere economico a concorso delle spese sostenute per la retta per ricoveri di sollievo temporanei presso unità di offerta sociosanitarie. Rimborso una tantum fino a un massimo di € 400,00. Sostegno riconosciuto una sola volta all'anno. Intervento compatibile con gli strumenti della misura B2. Contributo erogato in seguito a presentazione delle spese sostenute.
- Interventi di valorizzazione del ruolo del caregiver familiare. Assegno una tantum pari a € 400,00 a favore del caregiver familiare. Intervento NON compatibile con gli strumenti della misura B2.

IBAN sul quale accreditare il buono (allegare copia):

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.



**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: francesca.bianchi@cmlaghi.bg.it

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

- 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

ALLEGATI ALLA DOMANDA:

- INFORMATIVA PRIVACY SOTTOSCRITTA;
- SCHEDE ADL/ IADL debitamente compilate;
- SCHEDE DI VALUTAZIONE SOCIALE debitamente compilate;
- ATTESTAZIONE ISEE in corso di valore;
- VERBALE INVALIDITA' E LEGGE 104;
- COPIA CARTA IDENTITA' DEL DICHIARANTE;
- COPIA CARTA IDENTITA' DELLA PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE.

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

