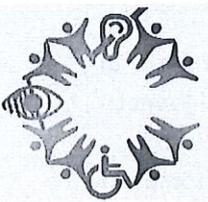




**MISURE A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE O COMUNQUE IN CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA (dgr XII/3719/2024 – Misura B2)**

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

	<p><b>DESTINATARI:</b></p> <p>Persone in possesso dei seguenti requisiti:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 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)</li><li>- Di qualsiasi età</li><li>- Che vivono al proprio domicilio</li><li>- Che evidenziano gravi limitazioni della capacità funzionale che compromettono significativamente la loro autosufficienza e autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, di relazione sociale</li><li>- Condizioni di gravità: articolo 3 c.3 L. 104 o destinatari di accompagnamento (L. 18/1980 e successive modifiche con L. 508/1988)</li><li>- 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)</li></ul>
	<p><b>L'EROGAZIONE DELLA MISURA E' COMPATIBILE CON:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- interventi di assistenza domiciliare: Assistenza Domiciliare Integrata, Servizio di Assistenza Domiciliare;</li><li>- interventi di riabilitazione in regime ambulatoriale o domiciliare;</li><li>- ricovero ospedaliero e/o riabilitativo;</li><li>- ricovero di sollievo per adulti per massimo 60 giorni programmabili nell'anno, per minori per massimo 90 giorni;</li><li>- sostegni per interventi infrastrutturali DOPO DI NOI;</li><li>- Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. 15/2015</li></ul>
	<p><b>L'EROGAZIONE DELLA MISURA NON E' COMPATIBILE CON:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);</li><li>- Misura B1;</li><li>- ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;</li></ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato;</li> <li>- presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;</li> <li>- Prestazione universale di cui agli artt. 34-36 del D.Lgs 29/2024;</li> <li>- Home Care Premium/INPS HCP</li> <li>-</li> </ul> <p><b>LA MISURA VIENE ATTIVATA</b> solo in seguito a valutazione multidimensionale e a stesura di un progetto individualizzato. Al termine della valutazione multidimensionale verrà stilata una graduatoria.</p>
	<p><b>MISURE ATTIVABILI:</b> <b>ASSISTENZA INDIRETTA (CONTRIBUTI ECONOMICI):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Buono mensile fino a € 100,00 finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza indiretta assicurate dal solo caregiver familiare inserito nei Progetti Individuale e coinvolto attivamente nei piani di assistenza;</li> <li>- Buono sociale mensile fino a un massimo di € 800,00 in caso di personale di assistenza regolarmente impiegato anche in presenza di un caregiver familiare</li> <li>- 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</li> </ul> <p><b>ASSISTENZA DIRETTA (VOUCHER):</b> <b>ASSISTENZA DOMICILIARE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Supporto e sollievo ai caregiver familiari;</li> <li>- Benessere e miglioramento della qualità di vita della persona con disabilità e anziana non autosufficiente</li> </ul>
	<p><b>Per la presentazione delle domande è necessario rivolgersi ai servizi sociali comunali</b></p> <p>Documentazione necessaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- verbale invalidità (L. 102 e/o L. 104)</li> <li>- attestazione ISEE in corso di validità</li> </ul>
	<p><b>SCADENZA DELLA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE:</b> Le domande devono essere in formato cartaceo e protocollate dal comune di residenza dal 15/04/2025 al 19/05/2025</p>
	<p><b>PER INFORMAZIONI CONTATTARE l'assistente sociale del comune di residenza</b></p>

**INFORMATIVA ALL'UTENZA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Gentile Signora/e,  
ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 30/6/2003 n. 196), in merito al trattamento dei dati personali che La riguardano per l'erogazione di servizi socio-assistenziali o di servizi socio-sanitari in ambito domiciliare e territoriale La informiamo di quanto segue.

**Finalità del trattamento**

I dati personali che La riguardano saranno trattati esclusivamente per il perseguimento di finalità socio assistenziali, con particolare riferimento a:

- a) interventi di sostegno psico-sociale e di formazione in favore di giovani o di altri soggetti che versano in condizioni di disagio sociale, economico o familiare;
- b) interventi anche di rilievo sanitario in favore di soggetti bisognosi o non autosufficienti o incapaci, ivi compresi i servizi di assistenza economica o domiciliare, di telesoccorso, accompagnamento e trasporto;
- c) assistenza nei confronti di minori, anche in relazione a vicende giudiziarie;
- d) indagini psico-sociali relative a provvedimenti di adozione anche internazionale;
- e) compiti di vigilanza per affidamenti temporanei;
- f) iniziative di vigilanza e di sostegno in riferimento al soggiorno di nomadi;
- g) interventi in tema di barriere architettoniche

**Consenso al trattamento dei dati**

Il Suo consenso al trattamento dei dati personali da parte dell'ATS è necessario esclusivamente se il trattamento riguarda dati e operazioni indispensabili per perseguire una finalità di tutela della Sua salute o della Sua incolumità fisica, cioè quando Lei si rivolge all'ATS per ottenere direttamente prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura o riabilitazione. Quando il trattamento persegue ogni altra finalità di rilevante interesse pubblico l'ATS non ha necessità di acquisire il Suo consenso al trattamento dei dati. I Comuni non hanno necessità di acquisire il Suo consenso al trattamento dei dati (Digs 163/2003)

**Modalità del trattamento**

L'ATS ed i Comuni effettuano il trattamento dei dati personali in modo lecito e secondo correttezza, assicurando in particolare il rispetto dei principi di necessità, pertinenza, completezza e non eccedenza rispetto alle finalità per le quali i dati sono raccolti o trattati.

I dati sono conservati in un archivio informatizzato od in archivi cartacei debitamente protetti, in modo tale da garantire che l'accesso ai dati sia consentito solo a persone autorizzate, ed in modo tale da evitare la loro perdita accidentale. A tal fine l'ATS ed i Comuni adottano specifiche misure di sicurezza previste dalla normativa vigente.

Il trattamento può comportare tra l'altro l'istituzione di cartelle sociali, fascicoli o schede personali, contenenti dati di carattere anagrafico, sanitario, sociale, fiscale e amministrativo.

**Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati**

Il conferimento dei dati non è obbligatorio. Tuttavia il mancato conferimento può rendere impossibile o difficoltoso garantirLe i servizi o le prestazioni per le quali Lei si è rivolto all'ATS od ai Comuni.

**Comunicazione e diffusione dei dati**

L'ATS ed i Comuni non possono in alcun caso diffondere i dati personali idonei a rivelare il Suo stato di salute. Gli altri dati "sensibili" e "dati giudiziari" che La riguardano potranno essere diffusi solo se previsto da una norma di legge. I dati "comuni" che La riguardano potranno essere diffusi solo se previsto da una norma di legge o di regolamento.

L'ATS ed i Comuni possono inoltre comunicare a terzi i dati personali "sensibili" (compresi quelli idonei a rivelare il Suo stato di salute) o "giudiziari" che La riguardano nei casi previsti da norme di legge e nei casi previsti dal Regolamento regionale 24/12/2012 n. 3 (pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia - Supplemento n. 52 del 27 dicembre 2012).e dai regolamenti comunali sul trattamento dei dati sensibili e giudiziari.

L'ATS ed i Comuni possono comunicare dati diversi da quelli sensibili o giudiziari che La riguardano ad altri soggetti pubblici o privati nei casi previsti da norme di legge o di regolamento; la comunicazione di tali dati ad altri soggetti pubblici potrà essere effettuata anche se non prevista da norme di legge o regolamento, previa comunicazione al Garante, quando comunque necessaria per lo svolgimento di funzioni istituzionali.

Ulteriori casi in cui la diffusione o la comunicazione di dati personali è vietata o consentita sono indicati dall'art. 25 del codice. In particolare sarà possibile la comunicazione di dati che venissero richiesti, in conformità alle norme di legge, dalle Forze di polizia, dall'Autorità giudiziaria e da Organismi di informazione e sicurezza, per la difesa o la sicurezza dello Stato o per la prevenzione, l'accertamento e/o la repressione di reati.

**Titolare e responsabili del trattamento**

Sono contitolari del trattamento l'Azienda di Tutela della Salute della Provincia di Bergamo, Via Galliccioli 4, 24121 Bergamo (fax: 035/385.245; PEC: [protocollo@pec.ats-bg.it](mailto:protocollo@pec.ats-bg.it)) ed i Comuni della provincia di Bergamo, a cui può rivolgersi per conoscere i nominativi dei Responsabili del trattamento.

**Diritti spettanti all'interessato**

Lei può rivolgersi ai contitolari di trattamento od ai responsabili del trattamento nominati da ciascun contitolare per far valere i diritti che Le riconosce l'articolo 7 del Codice, ed in particolare il diritto di:

- a) ottenere conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano, ed ottenere la loro comunicazione in forma intelligibile;
- b) ottenere l'indicazione dell'origine dei dati personali, delle finalità e modalità del trattamento, della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, degli estremi identificativi del titolare e dei responsabili del trattamento, dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati;
- c) ottenere l'aggiornamento, la rettificazione o l'integrazione dei dati; la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge; l'attestazione che tali operazioni sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi;



**COMUNITA' MONTANA  
del LAGHI BERGAMASCHI**

AMBITO TERRITORIALE  
BASSO SEBINO - SERVIZI SOCIALI

**DOCUMENTO PROGRAMMATICO SULLA SICUREZZA**

**INFORMATIVA PER L'UTENTE**

d) opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che La riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.

Le modalità di esercizio dei diritti sono disciplinate agli articoli 8, 9 e 10 del codice.

**Firma per consenso al trattamento delle informazioni, in caso di dati sensibili e giudiziari**

Data	Cognome	Nome	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 .....



**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 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



**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*

- 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 € 800,00 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](mailto: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

