

**DOMANDA DI EROGAZIONE BUONO SOCIALE PER PERSONE CON DISABILITA' GRAVE
CON ETA' FINO A 64 ANNI (AI SENSI DELLA DGR 2720/2019 – MISURA B2)**

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

- Per sè stesso
- Per _____ in qualità di:
 - Familiare della persona non autosufficiente
 - Tutore/ Curatore o Amministratore di Sostegno della persona non autosufficiente (in caso di tutore, curatore o amministratore di sostegno allegare copia del decreto del tribunale)

di poter accedere al beneficio del Buono Sociale per persone con disabilità grave con età fino a 64 anni non autosufficienti.

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

| DATI RIFERITI AL BENEFICIARIO | |
|--|------------------------------|
| Cognome _____ | |
| Nome _____ | |
| Nato/a a _____ | Prov. ____ il ____/____/____ |
| Sesso <input type="checkbox"/> maschio <input type="checkbox"/> femmina | |
| Codice Fiscale: ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____ | |
| Comune di residenza _____ | Prov. _____ |
| Residente in via/p.za _____ | |
| Comune di domicilio (se diverso dalla residenza) _____ | Prov. _____ |
| Domiciliato in via/p.za (se diverso dalla residenza) _____ | |
| Documento di identità <input type="checkbox"/> Carta d'identità <input type="checkbox"/> Passaporto | |
| N. documento identità _____ | Rilasciato il ____/____/____ |
| Rilasciato da _____ | |
| Recapito telefonico _____ | |
| Indirizzo e-mail _____ | |

Responsabile del Procedimento: **Annamaria Di Bartolo** e-mail: ufficio.piano@sercop.it Tel: 02 93207359 366 6393594

DATI DEL RICHIEDENTE (SE DIVERSO DAL BENEFICIARIO)

Cognome _____

Nome _____

Nato/a a _____ Prov. ___ il ___/___/___

Sesso maschio femmina

Codice Fiscale: _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Comune di residenza _____ Prov. _____

Residente in via/p.za _____

Comune di domicilio (se diverso dalla residenza) _____ Prov. _____

Domiciliato in via/p.za (se diverso dalla residenza) _____

Documento di identità Carta d'identità Passaporto

N. documento identità _____ Rilasciato il ___/___/___

Rilasciato da _____

Recapito telefonico 1 _____

Recapito telefonico 2 _____

Indirizzo e-mail _____

Dichiara di (segnare con una crocetta solo le opzioni corrispondenti alla propria situazione)

- Di essere/di NON essere sottoposto ad amministrazione di sostegno/tutela/curatela con Decreto ADS n. _____ del Tribunale di _____ (indicare: nome/cognome dell'Amministratore di sostegno – contatto telefonico- email)
- di aver preso visione delle modalità di erogazione del Buono Sociale per persone con disabilità grave di età di età compresa tra i 3 anni fino a 65 anni (ai sensi della DGR 2720/19 – MISURA B2)
- di essere non autosufficienti con riconoscimento di invalidità al 100%
- di essere in possesso di indennità di accompagnamento ai sensi della L.18/80 e successive modifiche/integrazioni con L.508/1988 (o di essere in corso di ricevimento) oppure della certificazione della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, c.3 della L.104/92
- di essere mantenuti presso il domicilio e necessitare di assistenza continuativa
- di non frequentare alcuna struttura diurna socio-assistenziale o socio-sanitaria (es. CDD, CDI, CD) o della rete sociale (CSE/SFA/CA)
- di avere un ISEE socio-sanitario inferiore o uguale a € 25.000 in caso di beneficiario maggiorenne / di avere un ISEE ordinario inferiore o uguale a € 40.000 in casi di beneficiario minorenni
- di essere/di NON essere assistito al domicilio da un assistente personale regolarmente assunto per n. _____ ore alla settimana (indicare assistenza settimanale prevista dal contratto di assunzione)
- di non usufruire dei seguenti benefici/servizi:
 - Misura B1
 - Misura Reddito di Autonomia anziani o disabili 2019/2020 (Decreto 19486 del 21/12/2018)
 - Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n.15/2015
 - inserimento o frequenza strutturata e continuativa in centri diurni (CDD, CSE, SFA, CA, ecc...)
 - misura Dopo di Noi nelle modalità previste dalla normativa regionale vigente

- interventi a valere sul progetto PRO.VI.
- altri strumenti della misura B2
- dare il consenso all'acquisizione della documentazione prevista depositata presso gli uffici di Sercop ai fini del completamento della pratica

ALLEGA

- Fotocopia documento d'identità del beneficiario
 - Certificato verbale di invalidità civile (da rendere disponibile il certificato senza omissis in sede di valutazione o visita dell'assistente sociale)
 - Certificato indennità di accompagnamento L. 18/80 e successive modifiche con L.508/1988 o richiesta di rilascio della certificazione
- oppure
- Condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge 104/1992
 - ISEE in corso di validità come indicato all'articolo 2) o, in assenza, ricevuta di avvenuta presentazione della Dichiarazione sostitutiva Unica (DSU) rilasciata dall'ente acquirente (CAF, Inps, ecc...) e/o alternativamente ISEE2019
 - *In caso di assistenza prestata ad un assistente personale regolarmente assunto:*
 - Contratto di lavoro del badante con l'indicazione del n. ore di assistenza a settimana prestate per l'assistenza
 - Pagamento dell'ultimo trimestre dei contributi liquidati all'INPS;

Nel caso di accoglimento della domanda l'erogazione del beneficio economico dovrà essere effettuata sul seguente conto corrente bancario o postale

| |
|--|
| Agenzia Bancaria |
| _____ |
| Intestato/i del conto corrente |
| _____ |
| IBAN <input type="text"/> |
| (Indicare il numero zero con una barra sopra. Esempio per la trascrizione del numero zero: Ø) |

Nel caso di accoglimento della domanda sarà mia cura compilare e inviare tutti i mesi, entro il quinto giorno del mese successivo, l'autodichiarazione di esistenza in vita e comunicare eventuali variazioni nella mia situazione (ad esempio ricoveri temporanei o definitivi)

Luogo e data: _____

Firma del richiedente: _____

PRENDE ATTO:

Che l'amministrazione si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese (art. 71 del D.P.R. n. 445/2000).

I dati personali forniti dai soggetti nell'ambito della presente procedura saranno trattati conformemente al Reg. (UE) 2016/679 del 26 aprile 2016 (Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali) ed alla normativa nazionale in materia (D.lgs. 196/2003 e s.m.i.). Il titolare del trattamento è il legale rappresentante pro-tempore di SER.CO.P.

(A CURA DELL'ISTRUTTORE AMMINISTRATIVO)

La domanda è stata compilata attraverso il supporto dell'operatore _____ dello Sportello Telefonico di Sercop per Misura B2 e inoltrata all'indirizzo e-mail _____ comunicato dal cittadino in data _____ e protocollato con n. _____.

Eventuali trascrizioni erronee dovranno essere tempestivamente comunicate, non oltre la scadenza prevista per la presentazione della domanda, pena inammissibilità della stessa.

In caso di accoglimento dell'istanza in qualità di beneficiario idoneo alla misura prima dell'accredito sul conto corrente indicato, sarà necessario sottoscrivere la presente richiesta di accesso al contributo Misura B2, pena inammissibilità della stessa.

Luogo e data: _____

Firma del richiedente: _____
