



Seriate • Albano S. Alessandro • Bagnatica • Brusaporto
Cavernago • Costa di Mezzate • Grassobbio • Montello
Pedrengo • Scanzorosciate • Torre de' Roveri

All'Ufficio di Piano dell'Ambito di Seriate

Richiesta di assegnazione di Buoni e Voucher sociali Misura B2 destinati al sostegno delle persone in condizione di disabilità grave e non autosufficienza - Anno 2023

DATI DELLA PERSONA CON DISABILITA' O NON AUTOSUFFICIENTE PER
LA QUALE SI RICHIEDE LA CONCESSIONE DEL BUONO SOCIALE MISURA
B2

Cognome beneficiario *

Nome beneficiario *

**Codice fiscale
beneficiario ***

**Data di nascita del
beneficiario ***

**Comune di nascita
beneficiario ***

**Provincia di nascita o, se
pertinente, Stato estero di
nascita beneficiario ***

Cittadinanza beneficiario *

- ☐ Italiana
☐ di Paesi UE
☒ di Paesi Extra UE

**Se di Paesi Extra UE,
allegare permesso di
soggiorno beneficiario ***



Sfoggia File

solo file .pdf max 10Mbyte

Residenza beneficiario *

Indirizzo

Comune

Nazione / Provincia

Codice Postale

**Email beneficiario (se non
presente, indicare quella
del richiedente) ***

esempio@esempio.com

**Numero di Telefono 1
beneficiario ***

Prefisso

-

Numero di Telefono

**Numero di Telefono 2
beneficiario**

Prefisso

-

Numero di Telefono

**La persona per cui si
richiede il buono è: ***

Please select

**La domanda è
presentata ***

- ☐ dalla persona con disabilità
☒ da altra persona

Se la domanda è presentata da altra persona e non dalla persona con disabilità o non autosufficienza direttamente interessata all'assegnazione della Misura B2, specificare:

Relazione con persona beneficiaria: *

Curatore / Tutore / Amministratore di sc

Nome e cognome della persona che presenta la domanda (diversa dal beneficiario) *

Cognome e nome

Numero di telefono della persona che presenta la domanda (diversa dal beneficiario) *

Prefisso

Numero di Telefono

E-mail della persona che presenta la domanda (diversa dal beneficiario) *

esempio@esempio.com

Se presentata da curatore/tutore o amministratore di sostegno, allegare decreto di nomina *



Sfoggia File

solo file .pdf max 10Mbyte

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il/la richiedente, ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo d.p.r. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti:

DICHIARA

1) In merito al possesso dei requisiti di accesso al buono sociale / voucher sociale della Misura B2 in capo alla persona per cui si richiede il beneficio:

1.1 La persona per la quale si richiede l'accesso alla Misura B2 ha residenza anagrafica in uno dei Comuni dell'Ambito di Seriate (Seriate, Albano S. Alessandro, Bagnatica, Brusaporto, Cavernago, Costa di Mezzate, Grassobbio, Montello, Pedrengo, Scanzorosciate, Torre de' Roveri)

Residenza nei comuni dell'Ambito di Seriate *

- ☐ Sì
☐ No

1.2 La persona per la quale si richiede l'accesso alla Misura B2 presenta una condizione di handicap grave così come accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992 oppure riconoscimento di indennità di accompagnamento

Presenza grave disabilità o non autosufficienza *

- ☐ Grave disabilità art. 3 comma 3 L. 104/1992
☐ Indennità di accompagnamento
☐ Entrambe

Allegare certificato riconoscimento della condizione di gravità così come accertato ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992 o verbale di invalidità con riconoscimento indennità di accompagnamento

Allegare certificato grave disabilità L. 104 e/o verbale invalidità *



Sforgia File

solo file .pdf max 10Mbyte

1.3 Il nucleo familiare della persona per la quale si richiede l'accesso alla Misura B2 presenta i seguenti valori massimi ISEE di riferimento: sociosanitario fino a un massimo di € 25.000,00 per persone disabili maggiorenni e ISEE ordinario in caso di minori fino a un massimo di € 40.000,00

ISEE *

- ☐ E' in possesso dell'attestazione ISEE 2023 uguale o inferiore a € 25.000,00 se persona disabile maggiorenne
☐ E' in possesso dell'attestazione ISEE 2023 uguale o inferiore a € 40.000,00 se persona disabile minorenni

Valore ISEE 2023 *

1.4 La persona per la quale si richiede l'accesso alla Misura B2 non ha fruito nel corso nell'anno 2023 di una delle seguenti prestazioni non compatibili con la Misura B2: i voucher anziani e disabili (ex DGR n. 7487/2017 e DGR n. 2564/2019); accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità), la misura B1; ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale; contributo da risorse progetti di vita indipendente (PRO.VI) per onere assistente personale regolarmente impiegato; presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018 attiva alla data di presentazione della domanda; Home Care Premium/INPS HCP

Prestazioni incompatibili con la misura B2 *

- ☐ La persona beneficiaria non ha fruito di nessuna delle prestazioni in elenco
- ☐ La persona beneficiaria ha fruito di almeno una delle prestazioni in elenco

2) In merito alle condizioni di accesso prioritario al buono sociale / voucher sociale della Misura B2 in capo alla persona per cui si richiede il beneficio:

2.1 La persona per la quale si richiede l'accesso alla Misura B2 ha fruito nel corso nell'anno 2023 di una delle seguenti prestazioni compatibili con la Misura B2:

Prestazioni compatibili con la Misura B2 *

- ☐ Sostegni Dopo di Noi
- ☐ Bonus per assistente familiare
- ☐ Home Care Premium/INPS HCP con le prestazioni integrative
- ☐ Nessuna

3) In merito alla presenza del caregiver familiare e/o dell'assistente familiare (badante)

3.1 Indicare l'eventuale presenza e il carico assistenziale del caregiver familiare che si prende cura della persona per la quale si richiede l'assegnazione della Misura B2

E' presente un caregiver familiare *

- ☒ Sì
☐ No

Se presente, specificare il rapporto di parentela o affinità *

Se presente, indicare il cognome e nome del caregiver familiare *

Il caregiver familiare è convivente con la persona disabile o non autosufficiente: *

- ☒ Sì
☐ No

Carico assistenziale del caregiver familiare *

- ☐ Caregiver convivente con la persona non autosufficiente /disabile e altri familiari
- ☐ Caregiver convivente con la sola persona non autosufficiente /disabile e assistente familiare
- ☐ Caregiver convivente con la sola persona non autosufficiente /disabile
- ☒ Caregiver convivente che si occupa di più di una persona non autosufficiente /disabile
- ☐ Nessuna delle condizioni precedenti

Allegare certificazione invalidità di altri membri del nucleo diversi dal beneficiario *



Sfoglia File

solo file .pdf max 10Mbyte

Eventuali eventi critici a carico del caregiver familiare *

- ☐ Presenza di patologia certificata che compromette l'autonomia funzionale del caregiver convivente
- ☐ Decesso del caregiver convivente nel corso dell'ultimo anno
- ☐ Nessuna delle condizioni precedenti

**Documentazione evento
critico caregiver *****Sfogliala File**

solo file .pdf max 10Mbyte

3.2 Indicare l'eventuale presenza e la tipologia di assunzione di assistente familiare (badante) che si prende cura della persona per la quale si richiede l'assegnazione della Misura B2

**E' presente un assistente
familiare (badante?) ***

- ☒ Sì
☐ No

**Se presente, specificare la
tipologia di contratto ***

- ☐ badanti conviventi con vitto e alloggio
☐ badanti non conviventi

**Se presente, allegare
contratto di assunzione *****Sfogliala File**

solo file .pdf max 10Mbyte

Comunicazione dei dati per liquidazione del buono sociale Misura B2, qualora riconosciuto

N.B. La liquidazione avverrà **esclusivamente tramite bonifico su conto corrente bancario o postale, intestato o cointestato al beneficiario**. In caso di beneficiari di minore età, se non intestato direttamente al minore, il conto corrente dovrà essere intestato ad uno o a entrambi i genitori. Il voucher sociale sarà liquidato direttamente all'ente erogatore.

**La persona a cui sarà
effettuata la liquidazione
è: ***

- ☐ La persona disabile o non autosufficiente
☐ Il genitore (solo per beneficiari minorenni)

**Cognome e nome
dell'intestatario del
corrente ***

deve corrispondere al beneficiario del Buono o, se minorenne, a un genitore (se il conto corrente è intestato a entrambi i genitori, indicarne uno solo)

IBAN CC bancario o postale *

ULTERIORI DICHIARAZIONI

4.1 Dichiaro di aver preso visione del “Bando 2023 per l'assegnazione di buoni sociali destinati al sostegno delle persone in condizione di disabilità grave e non autosufficienza residenti nei Comuni dell'Ambito territoriale di Seriate” e di accettarne integralmente le condizioni

Presa visione bando * ☐ Sì

4.2 Dichiaro di impegnarmi a comunicare tempestivamente all'ufficio di piano dell'Ambito di Seriate il trasferimento della residenza ed eventuali variazioni delle condizioni che hanno determinato l'accesso al Buono Sociale Misura B2

Variazione delle condizioni di accesso al beneficio * ☐ Sì

4.3 Dichiaro di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali (ai sensi del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali 2016/679 e del D. Lgs. n.196/2003e del D.lgs. 101/2018) ” e di dare il consenso affinché i propri dati trattati per le finalità del Buono sociale – Misura B2 .

Presa visione informativa privacy ed espressione consenso al trattamento * ☐ Sì

Allegare carta di identità della persona per cui si richiede la Misura B2 e, se non coincidente, del richiedente *



Sfoggia File

solo file .pdf max 10Mbyte

Anteprima

Powered by Jotform