



AZIENDA SOCIALE CENTRO LARIO E VALLI
Ente strumentale dei Comuni del Distretto di Menaggio
Sede legale e Operativa: Via a Porlezza, 10 – 22018 PORLEZZA (CO)
Tel. 0344/30274 - Fax. 0344/70299
Mail: segreteria@aziendasocialeclv.it; PEC: asclv@pec.aziendasocialeclv.it
P.I. 02945720130

Spett.le AZIENDA SOCIALE CENTRO LARIO E VALLI
Via a Porlezza 10
22018 Porlezza

**DOMANDA PER L'EROGAZIONE DEL BUONO SOCIALE MENSILE
PER ASSISTENTE PERSONALE –
A VALERE SUL FONDO NON AUTOSUFFICIENZA**

Scadenza 20.06.2026

Il/La sottoscritto/a (cognome/nome) _____
nato/a a _____ prov _____ il _____
residente a _____ cap _____
via _____ n _____
tel. _____ codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

in qualità di:

- diretto interessato
- familiare
- tutore
- amministratore di sostegno

del/della Sig./Sig.ra (cognome/nome) _____
nato/a a _____ prov _____ il _____
residente a _____ cap _____
via _____ n _____
tel. _____ codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CHIEDE

- l'erogazione del **buono mensile finalizzato all'integrazione della spesa per acquistare le prestazioni da un assistente personale, con regolare contratto** a favore di persone anziane non autosufficienti con basso bisogno assistenziale e persone con persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato - con compromissione, singola o plurima, che ne riduca l'autonomia personale, correlata all'età, e tale da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione e quindi con necessità di basso bisogno assistenziale/sostegno intensivo elevato (già persona in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 ovvero beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988)

A tal fine, il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell'art. 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di essere residente in uno dei Comuni dell'ambito territoriale di Menaggio;
- di avere compromissione, singola o plurima, che ne riduca l'autonomia personale, correlata all'età, e tale da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione e quindi con necessità di basso bisogno assistenziale/sostegno intensivo elevato (già persona in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 ovvero beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988)
- di essere beneficiario della medesima misura prevista dal Fondo Non Autosufficienza fino al 30.06.2025;
- di non beneficiare di altre assegnazioni, come precisato all'art. 8 del bando, ovvero di beneficiare delle seguenti misure:
 - misura B1 per disabilità gravissima erogata da ATS;
 - 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
 - home Care Premium/INPS HCP
 - bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n.15/2015.
 - sostegni DOPO DI NOI (specificare _____)
 - prestazione universale di cui agli art. 34-36 del decreto legislativo 29/2024
- di beneficiare del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per n. _____ ore settimanali
- di frequentare un servizio diurno sociosanitario o sociale (CDD, CDI, CSE, SFA, SPAH): _____ per un n. _____ ore settimanali
- di acquistare prestazioni da assistente personale e di avere regolare contratto di assunzione dell'assistente familiare o dichiarare l'intenzione di volere assumere un assistente familiare (in tal caso il buono avrà decorrenza dalla data di effettiva assunzione dell'assistente familiare);
- di essere in possesso di ISEE socio sanitario in corso di validità pari a _____ (ISEE socio sanitario e per i minorenni ISEE ordinario in corso di validità uguale o inferiore a € 25.000,00 compreso ISEE corrente o ISEE minorenni laddove previsto dalla normativa)
- di aver preso visione del bando per l'erogazione del buono sociale e di accettarne le condizioni.
- di impegnarsi, in caso di assegnazione del buono sociale, alla sottoscrizione del Progetto individuale e a dare all'Azienda Sociale Centro Lario e Valli ogni comunicazione relativa ad eventi che comportano la decadenza del diritto di assegnazione del buono entro dieci giorni dall'evento stesso;
- di essere a conoscenza che l'Azienda Sociale Centro Lario e Valli, ai sensi del D.Lgs. 109/1998 e del DPR 445/2000 art. 45, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emergessero l'assenza di requisiti o l'errato ISEE, sarà revocato ogni beneficio, effettuato il recupero delle somme corrisposte e sarà inoltrata denuncia all'Autorità Giudiziaria;
- di essere a conoscenza che il Servizio Sociale Professionale può procedere in ogni momento alla verifica del rispetto degli impegni assunti dal soggetto responsabile dell'accudimento e dell'adeguata assistenza fornita e che l'erogazione del buono sociale sarà sospesa qualora venissero rilevati incuria e/o abbandono del soggetto fragile.

Modalità di pagamento:

bonifico intestato al beneficiario (indicare coordinate bancarie IBAN):

IT _____

Luogo data lì _____

Firma estesa leggibile _____

Allegati alla domanda e dichiarazione del/della sig/sig.ra _____ per la richiesta del buono sociale mensile per caregiver familiare o assistente personale:

- attestazione ISEE socio sanitario (per i minorenni ISEE ordinario o corrente) in corso di validità
- copia verbale invalidità civile con indennità di accompagnamento (con diagnosi) ovvero accertamento della condizione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992.
- copia carta d'identità e codice fiscale del richiedente e di chi eventualmente compila la domanda
- ogni altra documentazione sanitaria aggiornata attestante le condizioni sanitarie dell'interessato;
- copia sentenza del Tribunale di nomina del tutore/curatore/amministratore di sostegno del soggetto fragile.
- copia del contratto di assunzione dell'assistente familiare e dell'ultimo versamento INPS (ovvero copia denuncia INPS in caso di stipula recente del contratto)
- copia delle coordinate bancarie IBAN rilasciata dall'Istituto Bancario

Il Servizio Sociale si riserva la possibilità di richiedere integrazioni della documentazione.