



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@azienidasocialeclv.it; PEC: asclv@pec.azienidasocialeclv.it
P.I. 02945720130

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

DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI BUONI SOCIALI VITA INDIPENDENTE
Programma regionale in materia di gravi e gravissime disabilità
di cui al Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza
Scadenza 20.12.2025

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 SOCIALE VITA INDIPENDENTE**

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

(barrare solo le condizioni che ricorrono)

- ☐ 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
 - voucher anziani e disabili (ex DGR n. 7487/2017 e DGR n. 2564/2019;
 - 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 _____)
 - voucher sociale anziani o disabili erogato da ASCLV.
- 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 possesso di ISEE socio sanitario in corso di validità pari a _____ (inferiore a 30.000,00 €)
- 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 _____ (indicare coordinate bancarie IBAN):

IT _____

Luogo data li _____

Firma estesa leggibile _____

Allegati alla domanda per la richiesta del BUONO SOCIALE VITA INDIPENDENTE:

- attestazione ISEE 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 dichiarante
- ogni altra documentazione sanitaria aggiornata attestante le condizioni sanitarie dell'interessato;
- 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.