



**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](mailto:segreteria@aziendasocialeclv.it); PEC: [asclv@pec.aziendasocialeclv.it](mailto: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 SOCIO-ASSISTENZIALE  
PER SOGGETTI ANZIANI E DISABILI  
ASSISTITI DA CAREGIVER FAMILIARI  
Fondo Nazionale per la 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 della seguente misura a favore di disabili gravi e anziani non autosufficienti, (riferimento Scala A.D.L.) del **Buono Socio- Assistenziali 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) **assistite da caregiver familiari**

**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 essere in possesso di ISEE in corso di validità pari a \_\_\_\_\_ (socio-sanitario e ordinario in caso di minori fino a un massimo di € 25.000,00, compreso ISEE corrente o ISEE minorenni laddove previsto dalla normativa)
- 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 ricevere assistenza a domicilio da parte di un caregiver familiare
- 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 socio-sanitario o sociale (CDD, CDI, CSE, SFA, SPAH): \_\_\_\_\_ per un n. \_\_\_\_\_ ore settimanali
- 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.

Luogo data li \_\_\_\_\_ 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) 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.
- scala A.D.L. e I.A.D.L. compilata dall'assistente sociale referente territorialmente.
- copia delle coordinate bancarie IBAN rilasciata dall'Istituto Bancario

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