

Spett.le Comune di

**DOMANDA DI ACCESSO ALLA VALUTAZIONE
PER L'EROGAZIONE DI INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI A FAVORE DI
PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI A BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE
FNA 2025 (esercizio 2026) E FNA 2026 (esercizio 2027)
DELIBERAZIONE N.XII/6320 del 15/06/2026**

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov. (____) il ____/____/____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (____) cap _____

in via/piazza _____ n° _____

tel _____ e-mail _____

in qualità di:

- diretto interessato

oppure

- tutore/curatore/procuratore (provvedimento nomina _____)
- altro _____ (specificare)

del/la Sig./Sig.ra:

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov. (____) il ____/____/____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (____) cap _____

in via/piazza _____ n° _____

CHIEDE

Il riconoscimento di un voucher dell'importo massimo complessivo di 1.500,00€ per:

- ☐ **PRESTAZIONI DI RESPIRO ALL'ASSISTENZA** (interventi di supporto e sollievo che favoriscono la sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare), quali:
- interventi di potenziamento del Servizio di Assistenza Domiciliare;
 - interventi di CUSTODIA SOCIALE per aiuto nelle piccole incombenze domestiche, un periodico monitoraggio dello stato di benessere, o compagnia;
 - ricovero temporaneo in struttura Residenziale (intervento residenziale extrafamiliare ovvero soggiorno temporaneo in unità d'offerta residenziale o comunque in grado di dare una risposta adeguata ed appropriata ai bisogni e alle esigenze della persona).
- ☐ **PERCORSI DI SOSTEGNO PSICOLOGICO (INDIVIDUALE O GRUPPO) RIVOLTI A CAREGIVER FAMILIARE.**
- ☐ **INTERVENTI DI FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO PER RINFORZARE IL LAVORO DI CURA E LA GESTIONE DELL'ASSISTENZA A FAVORE DEL PROPRIO FAMILIARE CON DISABILITÀ/NON AUTOSUFFICIENTE.**

Le prestazioni sono spendibili presso gli enti gestori accreditati con l'Ambito di Dalmine (eccetto per i ricoveri di sollievo).

DICHIARA

che la persona non autosufficiente:

- è residente nel Comune dove presenta la domanda;
- si trova in condizione di gravità come accertata ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge 104/1992 oppure indennità di accompagnamento (L. 18/1980) e successive modifiche/integrazioni con L.508/1988;
- presenta una situazione economica certificata dall'attestazione ISEE sociosanitario (D.Lgs. 159/2013) non superiore a € 25.000,00.

DICHIARA

che la persona non autosufficiente attualmente:

È INSERITA in maniera definitiva in una Unità d'offerta residenziale sanitaria, socio-sanitaria o sociale, anche in caso di completa solvenza ☐ NO ☐ SI

(es. RSA, RSD, CSS, Hospice, CA, strutture residenziali di salute mentale)

È PRESA IN CARICO con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018 ☐ NO ☐ SI

È INSERITA in una Unità d'offerta semiresidenziale sanitaria, socio-sanitaria o sociale ☐ NO ☐ SI

(es. Riabilitazione in diurno continuo, regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, presa in carico con Sperimentazioni riabilitazione minori disabili in regione diurno ex DGR n. 3239/2012, Sperimentazione riabilitazione minori disabili diurna, CDD, CDI, CSE)

Se SI, per un totale ore settimanale di _____ nei seguenti giorni _____

USUFRUISCE dei seguenti servizi/misure:

- servizi domiciliari ☐ NO ☐ SI
(se SI quali e per quante ore settimanali? _____)
- Le Misure rivolte alle persone anziane non autosufficienti con alto bisogno assistenziale ☐ NO ☐ SI
- Altri contributi economici/misure di sostegno ☐ NO ☐ SI
(se si, quali _____)
- altri servizi: _____ ☐ NO ☐ SI
(eventuale data di dimissione ____/____/____)

- di essere a conoscenza che in caso di domanda non compilata in ogni sua parte e/o non presentazione della documentazione, indicata nella sottostante sezione ALLEGA, l'istanza sarà considerata non completa e pertanto ritenuta **non ammissibile**;
- di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 novellato dal D.Lgs. n. 101/2018. In mancanza del consenso al trattamento dei dati, l'Ente preposto sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richiesti e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge;
- di impegnarsi, quale condizione indispensabile per l'erogazione del voucher, a condividere e sottoscrivere, un progetto personalizzato, secondo modulo allegato alla presente domanda, concordato dalla famiglia con l'assistente sociale referente del caso, sulla base di quanto richiesto e della valutazione sociale operata;
- di essere consapevole che l'assistente sociale nell'arco del periodo di erogazione del voucher effettuerà verifiche (tramite colloqui, visite domiciliari ecc..) relative al corretto svolgimento del progetto e che pertanto il voucher non verrà erogato se la famiglia non condivide la sottoscrizione del progetto o se viene verificata da parte dell'assistente sociale la mancata realizzazione dello stesso per cause imputabili al beneficiario, al caregiver o a chi ha presentato l'istanza;
- di impegnarsi a comunicare al Servizio Sociale del Comune:
 1. l'eventuale ricovero in ospedale, in istituto di riabilitazione o in strutture residenziali;
 2. gli eventuali altri motivi che facciano venir meno la necessità di cure domiciliari o il diritto alla concessione del voucher;
 3. l'eventuale decesso della persona beneficiaria.
- di non trovarsi in nessuna delle cause di incompatibilità previste dall'Avviso pubblico.

Per gli adempimenti connessi alla presente procedura si precisa che:

- I dati personali o sensibili presenti nell'istanza, sono necessari per poter erogare le prestazioni, i servizi e i contributi richiesti, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all'attività dell'Ente. I dati stessi potranno essere trattati anche in seguito al termine della prestazione erogata, nei limiti sopraindicati.
- Il trattamento e l'archiviazione dei dati avverrà mediante l'utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere eseguito sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici.
- I dati forniti non saranno diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

A tal fine **ALLEGA**

*(tutti i documenti elencati sono **obbligatori** per l'accoglimento della domanda)*

- modello ISEE sociosanitario, in corso di validità alla data di presentazione della domanda
- copia del verbale di invalidità civile da cui risulti il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o della dichiarazione di condizione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013
- copia del documento d'identità in corso di validità e del codice fiscale del beneficiario e del dichiarante
- per i RICOVERI DI SOLLIEVO lettera di accettazione della domanda di inserimento con preventivo di spesa allegato da parte della struttura residenziale scelta e /o fattura dei costi sostenuti a ricovero effettuato nel periodo di attivazione del bando .

Luogo e data

L'assistente sociale

firma del dichiarante