

Al Presidente  
del Piano di Zona  
del distretto di Broni  
piazza Garibaldi 12  
27043 Broni (PV)

**ISTANZA PER L'ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE PREVISTO DALLA D.G.R.  
7856/2018 – FONDO PER LE NON AUTOSUFFICIENZE -**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel fisso \_\_\_\_\_ tel cell. \_\_\_\_\_

In qualità di:

- diretto interessato
- parente (specificare) \_\_\_\_\_
- amministratore di sostegno / tutore / curatore specificare \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

A favore di \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel fisso \_\_\_\_\_ tel cell. \_\_\_\_\_

l'assegnazione della seguente misura :

- strumento 1a - Buono sociale mensile finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver familiare (familiare);
- strumento 1b - Buono sociale mensile per prestazioni rese da assistente personale impiegato con regolare contratto (badante);

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

## INDICA

- 1) che la persona che sarà referente del piano di zona nell'istruttoria e nel periodo di erogazione della prestazione richiesta sarà il sig. / signora:

C.F. \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel fisso \_\_\_\_\_ tel cell. \_\_\_\_\_

- 2) che la persona che assisterà il beneficiario è

un familiare;

la badante

(indicare) Nome e cognome \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel fisso \_\_\_\_\_ tel cell. \_\_\_\_\_

## DICHIARA

che il beneficiario è:

- residente in uno dei 26 Comuni del piano di zona del distretto di Broni (Albaredo Arnaboldi, Arena Po, Bosnasco, Broni, Campospinoso, Canevino, Canneto Pavese, Castana, Cigognola, Golferenzo, Lirio, Montecalvo Versiggia, Montescano, Montù Beccaria, Pietra de' Giorgi, Portalbera, Redavalle, Rocca de' Giorgi, Rovescala, Ruino, San Cipriano Po, San Damiano al Colle, Santa Maria della Versa, Stradella, Volpara, Zenevredo);
- in condizione di gravità così come accertato ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992, oppure è beneficiario dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 18/1980;
- ha una attestazione Isee in corso di validità non superiore ad euro 15.000;
- consapevole che successivamente alla protocollazione della domanda dovrà essere effettuata una valutazione al domicilio da parte del personale del piano di zona per accertare il possesso del requisito di disabilità grave o non autosufficienza, equivalente all'esito "dipendenza totale" o "dipendenza severa" in almeno una delle due scale di valutazione (ADL e IADL).

## DICHIARA INOLTRE

- che il beneficiario per almeno 4 ore al giorno consecutive
  - frequenta il centro diurno integrato per anziani (CDI)
  - frequenta il centro socio educativo per disabili (CSE)
  - frequenta il servizio di formazione all'autonomia (SFA)
  - frequenta il centro diurno disabili (CDD)
- che il beneficiario NON frequenta nessun centro diurno di cui sopra.
- che il beneficiario usufruisce del voucher RSA aperta

- che il beneficiario NON usufruisce del voucher RSA aperta

Dichiara di essere a conoscenza che ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., i propri dati personali verranno trattati per le esclusive esigenze procedurali e di autorizzare il trattamento degli stessi per le finalità istituzionali riferite all'ottenimento del beneficio richiesto.

Il Sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente l'eventuale ricovero in struttura sanitaria, socio – sanitaria o sociale del beneficiario, nonché l'inserimento presso centri diurni (CDI, CSE, SFA, CDD).

Il sottoscritto prende atto che l'erogazione del buono sociale

- non viene riconosciuta o sospesa in caso di
  - accoglienza presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie (es. RSA, RSD, CSS) e sanitarie (Hospice); Nel caso invece di ricovero ospedaliero (compresa la lunga degenza) il buono verrà sospeso (temporaneamente), qualora la degenza superi i 30 giorni: in tal caso la sospensione decorrerà dal trentunesimo giorno di ricovero;
  - trasferimento della residenza al di fuori del territorio del piano di zona del distretto di Broni;
  - In caso di decesso del beneficiario (il buono mensile verrà in questo caso erogato frazionato per il numero di giorni effettivi in cui era in vita la persona)

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione e di accettare integralmente quanto contenuto nell'avviso pubblico per l'assegnazione del buono sociale a favore delle persone con disabilità grave o non autosufficienti .

L'eventuale contributo per buono sociale assegnato dovrà essere accreditato sul seguente C/C:

Banca \_\_\_\_\_

Agenzia \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Intestato a \_\_\_\_\_

Si allegano per tutte le prestazioni :

- fotocopia della carta di identità del richiedente e del beneficiario;
- verbale commissione medica per l'accertamento della disabilità / indennità di accompagnamento
- ISEE in corso di validità (comprensivo di attestazione e DSU).

Inoltre integra gli allega con la seguente documentazione:

- per assistente familiare regolarmente assunta ):
  - se la persona assunta è una badante:
    - modulo di "comunicazione obbligatoria del rapporto di lavoro domestico";
    - contratto di lavoro con indicato il monte ore;
    - carta di identità della persona assunta;
    - per i lavoratori extracomunitarie il permesso di soggiorno.

Dichiara di essere stato informato che il versamento alla famiglia del buono sociale è comunque subordinato alla presentazione della seguente documentazione e che la mancata consegna comporta la perdita del beneficio:

- le ricevute del pagamento dei contributi previdenziali relative al periodo oggetto del buono sociale (la pratica resterà sospesa, senza erogazione del buono, finché non si acquisiranno agli le ricevute);
- documentazione idonea attestante l'avvenuto pagamento delle prestazioni rese dal personale assunto.

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART 13 D.Lgs. 196/03**

Si informa che ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.L.gs. 196/03) che il trattamento dei dati personali avviene secondo modalità idonee a garantire la sicurezza e la riservatezza ed è effettuato usando supporti cartacei, informatici e/o telematici, da parte di tutti i soggetti coinvolti, esclusivamente per gli adempimenti connessi con il procedimento di presa in carico.

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI .**

I sottoscritto dichiara di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.lgs. 196/2003; acconsente al trattamento dei dati con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione del procedimento di presa in carico.

In fede,

\_\_\_\_\_ (firma leggibile)