

AMBITO TERRITORIALE BASSA BRESCIANA ORIENTALE
Comuni di Acquafredda, Calcinato, Calvisano, Carpenedolo,
Montichiari, Remedello e Visano

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE
PER L'ACCESSO AGLI INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI (ASSISTENZA DOMICILIARE
TUTELARE E RICOVERI DI SOLLIEVO) A FAVORE DEGLI ANZIANI NON
AUTOSUFFICIENTI A BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE E MINORI E ADULTI CON
DISABILITÀ E NECESSITÀ DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO ASSISTITI A
DOMICILIO 01.07.2025/30.06.2026
(Interventi di cui alla D.G.R. 3719/2024)

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____

in via _____ n. _____ CAP _____

telefono _____ e-mail _____

CHIEDE

l'assegnazione del voucher sociale per il periodo 01.07.2025/30.06.2026 per:

- ☐ l'attivazione degli interventi di assistenza domiciliare tutelare;
- ☐ l'assegnazione di un contributo in conto retta per il ricovero di sollievo/temporaneo in struttura residenziale e territoriale (CDI);

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità degli 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

DICHIARA

- ☐ di non essere in accoglienza definitiva presso unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. RSA, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
- ☐ di non essere in ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;

- ☐ di non beneficiare di un contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI – per onere assistente personale regolarmente impiegato;
- ☐ di non essere preso/a in carico con Misura RSA Aperta di cui alla DGR 7769/2019;
- ☐ di non essere beneficiario della Misura B1;
- ☐ di non essere beneficiario del voucher anziani e disabili (ex DGR n. 7487/2017 e DGR n. 2564/2019);
- ☐ di non beneficiare della misura Home Care Premium/INPS HCP con la prestazione prevalente;
- ☐ di non aver presentato domanda/beneficiario degli Interventi integrativi sociali – Disabili (socio educativa in contesti socializzanti), dell'Assegno per l'autonomia e del buono Assistenza continuativa al domicilio da parte dell'assistente familiare con regolare contratto;
- ☐ di non beneficiare della prestazione Universale di cui agli artt. 34-36 del D.lgs 29/2024;

- di essere in condizione di gravità ai sensi dell'art. 3, 3° comma, legge n. 104/92, come da verbale n. _____ in data _____, **di cui allego copia**;
- di essere beneficiario/a dell'indennità di accompagnamento come verbale n. _____ in data _____, **di cui allego copia**;
- che le persone inserite nel proprio stato di famiglia e che il reddito lordo percepito sono indicati nell'autodichiarazione per il rilascio dell'attestazione ISEE, **di cui allego copia** (attestazione n. _____ del _____);
- di impegnarsi a comunicare, direttamente o mediante un familiare:
 1. l'eventuale ricovero in istituto di riabilitazione o in struttura residenziale;
 2. eventuali altri motivi che facciano venire meno la necessità di cure domiciliari o il diritto alla concessione del buono;
- di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti;
- (da compilare solo nel caso di richiesta) di scegliere, ai fini dell'accreditamento dell'eventuale contributo in conto retta per il ricovero temporaneo in struttura residenziale e territoriale (CDI) una delle seguenti modalità di pagamento:

☐ **direttamente su CONTO CORRENTE BANCARIO / POSTALE**

INTESTATARIO o COINTESTATARIO
CODICE IBAN

- ☐ **direttamente su CONTO CORRENTE BANCARIO / POSTALE DEL MIO FAMILIARE CHE AUTORIZZO ALLA RISCOSSIONE PER MIO CONTO**

INTESTATARIO

cognome _____ nome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____

indirizzo e n. civico _____

codice fiscale _____

CODICE IBAN

- (da compilare solo nel caso di richiesta) di scegliere per l'erogazione delle prestazioni di assistenza tutelare domiciliare il seguente operatore accreditato:

☐ Coop. Soc. La Rondine di Mazzano

☐ Coop. Soc. Il Gabbiano di Pontevico

☐ Coop. Soc. Elefanti Volanti

in fede

luogo e data

SOTTOSCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE

- ☐ La presente dichiarazione è resa nell'interesse del soggetto che si trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio o, in mancanza di questo, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante (barrare la casella se ricorre il caso).
- ☐ La presente dichiarazione è resa in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale (barrare la casella se ricorre il caso).

Se ricorre uno dei casi suddetti, ogni riferimento al "dichiarante", è da intendersi come riferimento al soggetto impedito o incapace nell'interesse o per conto del quale è redatta la dichiarazione.

**INDICARE I DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CHE DICHIARA NELL'INTERESSE DEL SOGGETTO
IMPEDITO O IN NOME E PER CONTO DEL SOGGETTO INCAPACE**

cognome _____ nome _____

luogo di nascita _____ data di nascita _____

codice fiscale _____

comune di residenza _____ prov. _____ CAP _____

indirizzo e n. civico _____ telefono _____

luogo e data

in fede

Ai sensi del R. UE 2016/679 (Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali) il Comune di Montichiari, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, desidera informarLa che i suoi dati, verranno gestiti nel completo rispetto dei principi dettati dal Regolamento in materia di protezione dei dati personali.

L'informativa completa è disponibile presso gli uffici o sul sito internet del comune **www.comune.montichiari.bs.it**

La informiamo di quanto segue: il trattamento è indispensabile ai fini dell'accesso al beneficio; il trattamento è realizzato da personale del Comune di residenza e dell'Ufficio di Piano dell'Ambito distrettuale Bassa Bresciana Orientale, anche con l'ausilio di mezzi informatici.

Preso atto dell'informativa di cui sopra, il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali che lo/a riguardano, funzionale agli scopi per il quale è posto in essere.

....., il

Firma

PARTE RISERVATA AL COMUNE

ISEE posseduto

**INFORMAZIONI GENERALI PER ATTIVAZIONE SERVIZI
(qualora la persona sia beneficiaria)**

Dati Beneficiario:

Cognome: _____ Nome: _____

Codice fiscale: _____

Comune di residenza: _____ Via/P.zza _____ n. _____

Telefono: _____ e – mail: _____

Dati Familiare di riferimento:

Cognome: _____ Nome: _____

Codice fiscale: _____

Comune di residenza: _____ Via/P.zza _____ n. _____

Telefono: _____ e – mail: _____

TIPO DI INTERVENTO INTEGRATIVO RICHIESTO – VOUCHER TUTELARE per:

☐ RIMBORSO IN CONTO RETTA per Ricovero di Sollievo, presso la Struttura*:

Denominazione _____ sede _____

Periodo ricovero programmato: dal _____ al _____

☐ RIMBORSO IN CONTO RETTA per Frequenza CDI, presso la Struttura*:

Denominazione _____ sede _____

Periodo di frequenza programmato: dal _____ al _____

(*La Struttura deve essere in possesso di autorizzazione e accreditamento da parte di Regione Lombardia. Il rimborso verrà riconosciuto a seconda della spesa sostenuta per un massimo di € 3.600,00)

☐ Assistenza Tutelare (SAD) con la Coop. _____:

☐ € 300,00 mensili (SE ATTIVATO ENTRO IL 31/10/2025 per un totale di 3.600,00 € per il periodo luglio 2025 - giugno 2026)

☐ € 300,00 mensili (SE ATTIVATO DOPO IL 01/11/2025 per un totale di 2.400,00 € per il periodo novembre 2025 - giugno 2026)

☐ € 300,00 mensili (SE ATTIVATO DOPO IL 01/03/2026 per un totale di 1.200,00 € per il periodo marzo 2025 - giugno 2026)