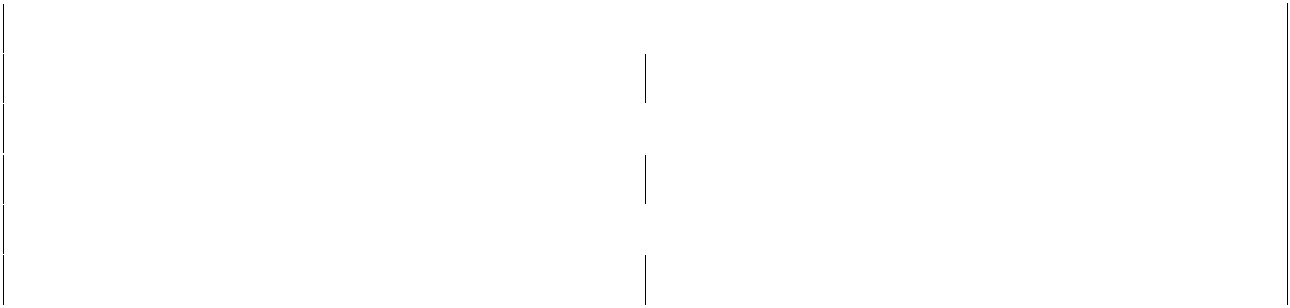
**MODULO DI DOMANDA MISURA B2 ANNO 2025 - AMBITO VAL CAVALLINA**

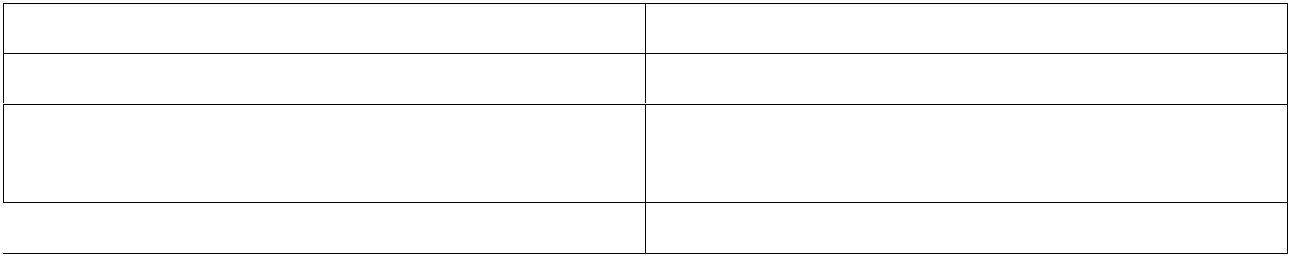
**COMUNE DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ASSISTENTE SOCIALE DI RIFERIMENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **INFORMAZIONI RELATIVE AL BENEFICIARIO:** | | |
|  |  |  |  |
| **COGNOME E NOME:** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **NATO/A A:** |  |  | **IL** |
|  |  |  |  |
| **CODICE FISCALE:** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **COMUNE DI RESIDENZA:** |  |  | **DOMICILIO (se diverso dalla residenza):** |
|  |  |  |  |
| **INDIRIZZO:** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **TELEFONO:** |  |  | **MAIL:** |
|  |  |  |  |



**INFORMAZIONI RELATIVE A CAREGIVER/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:**

****

**CAREGIVER FAMILIARE (NOME E COGNOME)**

**GRADO DI PARENTELA RISPETTO AL BENEFICIARIO**

**AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE (NOME E COGNOME) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INFORMAZIONI RELATIVE AL PROGETTO:**

**FINALITÀ della domanda (indicare il motivo principale):**

* **BUONO SOCIALE MENSILE FINALIZZATO A COMPENSARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ASSICURATE DA CAREGIVER FAMILIARE**
* **BUONO SOCIALE MENSILE FINALIZZATO A COMPENSARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ASSICURATE DALL’ASSISTENTE FAMILIARE**
* **BUONO SOCIALE PER SOLLIEVO DIURNO O RESIDENZIALE EXTRAFAMILIARE**
* **BUONO SOCIALE PER AVVIARE UN PROGETTO EDUCATIVO E SOCIALIZZANTE PER MINORENNI**
* **BUONO SOCIALE DIMISSIONI PROTETTE**

**ALTRI CONTRIBUTI/MISURE ATTIVE del candidato/nucleo familiare:**

* **NESSUNO**
* **CONTRIBUTO ECONOMICO DA PARTE DEL COMUNE DI RESIDENZA PER FREQUENZA STRUTTURE DIURNE**
* **CONTRIBUTO ECONOMICO DA PARTE DEL COMUNE DI RESIDENZA**
* **LEGGE 112, DOPO DI NOI**
* **REDDITO DI CITTADINANZA (RDC)**
* **ADI**
* **SAD COMUNALE**
* **ALTRO (SPECIFICARE) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**BUDGET COMPLESSIVO RICHIESTO PER REALIZZARE IL PROGETTO:**

**N° MESI (MASSIMO 12 MESI) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**IMPORTO TOTALE € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**REQUISITI**

1. **IL BENEFICIARIO OPPURE L’AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE DICHIARA DI ESSERE IN POSSESSO DI:**
   * **CERTIFICAZIONE DI DISABILITÀ GRAVE, RICONOSCIUTA AI SENSI DELL’ART. 3, C. 3 DELLA L. 104/92**
   * **CERTIFICAZIONE DI INDENNITA’ DI ACCOMPAGNAMENTO**
   * **DI ESSERE IN ATTESA DEL RICONOSCIMENTO DI DISABILITÀ GRAVE, AI SENSI DELL’ART. 3, C. 3 DELLA L. 104/92**
2. **IL BENEFICIARIO OPPURE L’AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE DICHIARA:**
   * **DI ESSERE IN POSSESSO DI UNA CERTIFICAZIONE ISEE PARI A € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**
   * **DI ESSERE IN ATTESA DI OTTENERE LA CERTIFICAZIONE ISEE. IL BENEFICIARIO SI IMPEGNA INOLTRE A CONSEGNARE AGLI UFFICI PREPOSTI UNA DICHIARAZIONE ISEE IN CORSO DI VALIDITA’ ENTRO IL GIORNO 15/07/2025, PENA ESCLUSIONE DELLA DOMANDA.**
3. **NEL CASO DI PRESENZA DEL CARE GIVER FAMILIARE IL RICHIEDENTE DICHIARA CHE IL CARE GIVER FAMILIARE GARANTISCE:**
   1. Numero di ore die per l'Assistenza attiva erogate dal Caregiver – indicare numero ore giornaliere \_\_\_
   2. Assistenza del Caregiver famigliare per l'Igiene personale – indicare sì o no
   3. Assistenza del Caregiver famigliare per l'Alimentazione – indicare sì o no
   4. Assistenza del Caregiver famigliare per la Mobilità – indicare sì o no
   5. Assistenza del Caregiver famigliare per la Gestione della terapia – indicare sì o no
   6. Assistenza del Caregiver famigliare per Supporto sociale / comunicazione – indicare sì o no

1. **NEL CASO DI AMMISSIONE AL FINANZIAMENTO DELLA DOMANDA IL/LA SOTTOSCRITTO/A SCEGLIE LA SEGUENTE MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLO STESSO:**
   * **ACCREDITO IN C/C BANCARIO O POSTALE (INDICARE L’ISTITUTO BANCARIO O L’UFFICIO POSTALE):**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**AGENZIA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INTESTATO A : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**IBAN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**IL BENEFICIARIO OPPURE L’AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE DICHIARA INOLTRE**

* **di aver preso visione dell’Avviso per l’erogazione dei sostegni sopraindicati, di avere i requisiti per l’accesso al beneficio richiesto e di accettarne le condizioni;**
* **di non trovarsi in condizioni di incompatibilità così come descritte al punto 3 dell’avviso pubblico;**
* **di impegnarsi a dare ogni comunicazione, nel minor tempo possibile, di eventi che comportano la decadenza (per incompatibilità, cambio residenza, decesso del beneficiario) del diritto di assegnazione del sostegno al Comune di residenza;**
* **di essere a conoscenza che il Comune di residenza o il Consorzio Servizi val Cavallina, ai sensi del decreto legislativo n. 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 I.S.E.E, sarà revocato ogni beneficio ed effettuato il recupero delle somme corrisposte e tutti gli eventuali adempimenti conseguenti.**

**ALLEGATI**

* **COPIA DELLA CERTIFICAZIONE DI GRAVITA’ AI SENSI DELL’ART. 3 COMMA 3 DELLA LEGGE 104/1992;**
* **COPIA DEL CERTIFICATO DI INVALIDITA’ CIVILE;**
* **COPIA DELL’ATTESTAZIONE RELATIVA AL POSSESSO DELL’INDENNITA’ DI ACCOMPAGNAMENTO O INDENNITA’ DI FREQUENZA;**
* **CERTIFICAZIONE ISEE SOCIO-SANITARIO O ORDINARIO;**

* **PER L’INTERVENTO A SOSTEGNO DEI CARE GIVER FAMILIARI EVIDENZIARE IL MONTE ORE GIORNALIERO DEDICATO ALL’ASSISTENZA DEL FAMILIARE;**
* **PER L’INTERVENTO A SOSTEGNO DEI COSTI DI ASSUNZIONE DI UN ASSISTENTE PERSONALE, ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE CONTRATTO DI LAVORO, EVIDENZIANDO IL MONTE ORE SETTIMANALE;**
* **PER L’INTERVENTO A SOSTEGNO DI PROGETTI EDUCATIVI PER MINORI, ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE PROGETTO INDIVIDUALE P.I E EVENTUALI PREVENTIVI DI SPESA PER LE ATTIVITA’ PREVISTE DAL PROGETTO;**
* **COPIA CARTA D’IDENTITÀ E CODICE FISCALE BENEFICIARIO;**
* **COPIA CARTA D’IDENTITÀ E CODICE FISCALE DELLA PERSONA CHE SOTTOSCRIVE LA DOMANDA;**
* **EVENTUALE COPIA CARTA D’IDENTITÀ E CODICE FISCALE DEL TUTORE E/O AMMINSITRATORE DI SOSTEGNO**
* **EVENTUALE COPIA DEL DECRETO DI NOMINA TUTORE E/O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO;**
* **FOTOCOPIA IBAN;**
* **ALTRO (specificare): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA richiedente/familiare/tutore/amministratore di sostegno**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CERTIFICAZIONE VALUTAZIONE EVM ASST BERGAMO EST**

**Con la presente si certifica che la richiesta è stata valutata positivamente dall’ EVM dell’ASST Bergamo Est in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Referente Ambito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Referente ASST Bergamo Est \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**