



**COMUNITA' MONTANA  
dei LAGHI BERGAMASCHI**



**Ufficio Sociale Basso Sebino**

*Sede legale: via del Cantiere n. 4 - 24065 Lovere (Bg)  
CF 90029430163 PI 03606190167*

**Sede operativa dell'Ambito del Basso Sebino:  
via Roma, n. 35 - 24060 Villongo (Bg)  
Tel. 035/927031 - Fax 035/927676  
mail: [sonia.tignonsini@cmlaghi.bg.it](mailto:sonia.tignonsini@cmlaghi.bg.it)**

**Spett.li**

**Comune di residenza del cittadino**

**Ambito Territoriale Sociale Monte  
Bronzone Basso Sebino -  
Comunità Montana dei Laghi  
Bergamaschi**

**MODULO PER LA RICHIESTA FONDO NON AUTOSUFFICIENZA  
Misura B2**

Il sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

In qualità di diretto interessato

OVVERO

In qualità di:

tutore;  curatore;  amministratore di sostegno (allegare decreto / sentenza di nomina);

coniuge;  figlio;  genitore;  altro parente (specificare) \_\_\_\_\_

**DATI DEL BENEFICIARIO**

Del/la sig./ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_



**COMUNITA' MONTANA**  
**dei LAGHI BERGAMASCHI**



**Ufficio Sociale Basso Sebino**

*Sede legale: via del Cantiere n. 4 - 24065 Lovere (Bg)*  
*CF 90029430163 PI 03606190167*

**Sede operativa dell'Ambito del Basso Sebino:**  
**via Roma, n. 35 - 24060 Villongo (Bg)**  
**Tel. 035/927031 - Fax 035/927676**  
**mail: [sonia.tignonsini@cmlaghi.bg.it](mailto:sonia.tignonsini@cmlaghi.bg.it)**

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_ Medico di Base \_\_\_\_\_

residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Indicare eventuale domicilio se diverso dalla residenza: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Invalidità \_\_\_\_\_%  con accompagnamento  senza accompagnamento;

Certificazione L. 104 (indicare esito: articolo e comma) \_\_\_\_\_

Esenzione ticket \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CAREGIVER di riferimento:**

1) Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Recapiti (tel e email) \_\_\_\_\_

2) Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Recapiti (tel e email) \_\_\_\_\_

**ISEE**

ordinario

sociosanitario: beneficiario, coniuge, figli minorenni, figli maggiorenni se a carico



*Sede legale: via del Cantiere n. 4 – 24065 Lovere (Bg)*  
*CF 90029430163 PI 03606190167*

**Sede operativa dell'Ambito del Basso Sebino:**  
**via Roma, n. 35 – 24060 Villongo (Bg)**  
**Tel. 035/927031 – Fax 035/927676**  
**mail: [sonia.tignonsini@cmlaghi.bg.it](mailto:sonia.tignonsini@cmlaghi.bg.it)**

- sociosanitario: solo beneficiario maggiorenne (caso di persona non coniugata e senza figli che vive con i genitori o con altri parenti o con altre persone)**
- sociosanitario: genitori del beneficiario minorenni anche se non coniugati e non conviventi**

Valore ISEE: € \_\_\_\_\_

### **RICHIEDE**

**l'erogazione del seguente voucher sociale/buono/contributo**

#### ASSISTENZA DIRETTA (CONTRIBUTI ECONOMICI):

- Buono mensile fino a € 100,00 mensili finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza indiretta assicurate dal solo caregiver familiare coinvolto attivamente nei piani di assistenza
- Buono sociale mensile fino a un massimo di € 800,00 in caso di personale di assistenza regolarmente impiegato anche in presenza di un caregiver familiare
- Buono sociale mensile fino a un massimo di € 800,00 per sostenere Progetti di Vita Indipendente di persone con disabilità grave che vivono sole al domicilio e che intendono realizzare il proprio progetto senza il supporto del caregiver familiare, ma con l'ausilio di un assistente personale, autonomamente scelto e regolarmente assunto.

#### ASSISTENZA DIRETTA (VOUCHER):

##### ASSISTENZA DOMICILIARE:

Prestazioni di respiro dall'assistenza (interventi di sollievo)

- Prestazione socioassistenziale/tutelare a domicilio;
- Prestazione socioeducativa/educativa a favore della persona con disabilità/non autosufficienza in contesti socializzanti (fuori dal domicilio)
  
- Percorsi di sostegno psicologico rivolti al 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 autosufficienza.

L'utente ha beneficiato di voucher/buoni/contributi l'anno precedente  SI  NO

**Se si di quale voucher/buono/contributo ha usufruito?**



*Sede legale: via del Cantiere n. 4 - 24065 Lovere (Bg)*  
*CF 90029430163 PI 03606190167*

**Sede operativa dell'Ambito del Basso Sebino:**  
**via Roma, n. 35 - 24060 Villongo (Bg)**  
**Tel. 035/927031 - Fax 035/927676**  
**mail: [sonia.tignonsini@cmlaghi.bg.it](mailto:sonia.tignonsini@cmlaghi.bg.it)**

La domanda potrà riguardare la richiesta di servizi solo per l'anno solare in cui viene presentata. Ogni anno, pertanto, il beneficiario dovrà ripresentare la domanda della misura correlata di attestazione ISEE.

A tal fine, avvalendosi della facoltà concessa degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità.

### DICHIARA

- che la mia condizione mi porta ad avere la necessità di appoggio o di aiuto da parte di altre persone
- che la mia situazione familiare è la seguente (indicare componenti del nucleo familiare convivente):

Cognome e nome	Data di nascita	Grado di parentela

- che ho n. \_\_\_\_ figli di cui \_\_\_\_ non conviventi
- che  non è presente un assistente familiare;  che è presente un assistente familiare per n. ore \_\_\_\_;
- di utilizzare il Voucher Sociale per acquistare le prestazioni selezionate dai soggetti accreditati, erogate mediante l'intervento di operatori qualificati/titolati, in base al voucher concordato con il Servizio Sociale
- di informare immediatamente il servizio sociale nel caso di ricovero presso strutture residenziali o nel caso di significativi cambiamenti rispetto alla mia situazione personale
- di essere a conoscenza che, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 1, si procederà ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 3, il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti.

Luogo e data .....

Firma .....



**COMUNITA' MONTANA**  
**dei LAGHI BERGAMASCHI**



**Ufficio Sociale Basso Sebino**

*Sede legale: via del Cantiere n. 4 - 24065 Lovere (Bg)*  
*CF 90029430163 PI 03606190167*

**Sede operativa dell'Ambito del Basso Sebino:**  
**via Roma, n. 35 - 24060 Villongo (Bg)**  
**Tel. 035/927031 - Fax 035/927676**  
**mail: [sonia.tignonsini@cmlaghi.bg.it](mailto:sonia.tignonsini@cmlaghi.bg.it)**

La presente dichiarazione è resa nell'interesse del soggetto che si trova impossibilitato a firmare, dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio o da altro parente.

In assenza di parenti la dichiarazione può essere resa, secondo le modalità indicate, dalla persona che svolge funzioni di cura e che garantisce l'assistenza al soggetto interessato.

Cognome e nome..... grado di parentela o relazione con l'interessato .....  
comune di residenza .....

Luogo e data, ..... Firma .....

**ALLEGATI ALLA DOMANDA:**

- INFORMATIVA PRIVACY SOTTOSCRITTA;
- ATTESTAZIONE ISEE in corso di valore;
- VERBALE INVALIDITA' E/O LEGGE 104;
- COPIA CARTA IDENTITA' e CODICE FISCALE DEL DICHIARANTE;
- COPIA CARTA IDENTITA' e CODICE FISCALE DEL BENEFICIARIO.