

	Amministrazione destinataria	
	Ufficio destinatario	

DOMANDA DI AMMISSIONE AI SERVIZI

Il sottoscritto										
Cognome			Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									☐	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				
Tessera sanitaria		Medico di base		Esenzione ticket		Stato civile				
Soggetto interessato										
☐	per sè stesso									
☐	per il seguente familiare o tutelato									
Cognome			Nome			Codice Fiscale				
Sesso		Data di nascita		Luogo di nascita		Cittadinanza				
In qualità di (*)										

In qualità di ():*

amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

Avvalendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

CHIEDE

di poter usufruire del seguente servizio o contributo economico:

- ☐ *ACCESSO ALLA MISURA FNA25 gravi – ANNUALITA' 2026*

che venga erogato un contributo a favore del beneficiario per la **SEGUENTE MISURA**:

- ☐ Misura sostegno Caregiver Familiare
- ☐ Misura sostegno Assistente Familiare professionale
- ☐ Misura servizi

DICHIARA

- ☐ di impegnarsi a collaborare con il servizio sia nella fase di valutazione che di realizzazione di quanto richiesto;
- ☐ di impegnarsi a predisporre comunicazione formale in caso di interruzione del servizio o sospensione del progetto per motivazione specifica;
- ☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni cambio di residenza;
- ☐ di aver preso visione del BANDO PER L'EROGAZIONE DELLA MISURA REGIONALE B2: MISURA A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE O COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA AMBITO ALTO SEBINO - ANNO 2026
- ☐ di possedere tutti i requisiti necessari per l'accesso alla misura e di non trovarsi in nessuna condizione di incompatibilità.

Che il BENEFICIARIO possiede i seguenti **REQUISITI DI AMMISSIONE**:

- ☐ **residenti in uno dei comuni dell'Ambito Alto Sebino:** Bossico, Castro, Costa Volpino, Fonteno, Lovere, Pianico, Riva di Solto, Rogno, Solto Collina, Sovere;
- ☐ **di qualsiasi età, assistite a domicilio che evidenziano gravi limitazioni delle capacità funzionali che compromettono significativamente la loro autosufficienza e autonomia personale nelle attività della vita quotidiana, di relazione e sociale;**
- ☐ **con i seguenti limiti di valore ISEE:**
 - ☐ persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza di età pari o superiore a 18 anni: ISEE sociosanitario con valore di accesso uguale o inferiore ad € 25.000,00;
 - ☐ persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza di età inferiore a 18 anni: ISEE ordinario con valore di accesso uguale o inferiore a € 40.000,00.
- ☐ **In particolare, ai fini del Bando sono considerate persone con disabilità in condizione di non autosufficienza coloro che possiedono almeno uno dei seguenti requisiti:**
 - ☐ Certificazione di disabilità grave ai sensi della Legge 104/1992, art. 3 comma 3 (In caso di certificazione della condizione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992, in attesa di definizione dell'accertamento, l'istanza può essere comunque presentata);
 - ☐ Indennità di accompagnamento (L. n. 18/1980 e smi).
 - ☐ Valutazione di non autosufficienza secondo i criteri dell'allegato 3 del DPCM 159/2013;
 - ☐ Certificazione della condizione di disabilità ad esito del procedimento di valutazione di base (D.Lgs. 62/2024).

Precisa altresì:

- ☐ Di non frequentare Unità di Offerta semiresidenziali;
- ☐ Di frequentare Unità di Offerta semiresidenziali per numero ore settimanali: _____ (indicare numero di ore);

INDICA COME CAREGIVER FAMILIARE DEL DESTINATARIO DELLA MISURA da indicare nel Progetto di Vita Individuale Personalizzato e Partecipato perché coinvolto attivamente nell'attuazione dei Piani di Assistenza

il sig. (cognome e nome) _____

in qualità di (indicare rapporto di parentela) _____

nato a _____ il _____ residente a _____

in Via _____

Codice fiscale (vedi allegato)

MODALITA' DI EROGAZIONE DELLA MISURA SOSTEGNO (da compilare solo in caso di richiesta di tale misura)

In caso di ammissione il beneficio economico è da erogare su conto corrente bancario/postale intestato o cointestato al Beneficiario:

NOME E COGNOME INTESTATARIO CONTO: _____

CODICE FISCALE: _____

DENOMINAZIONE ISTITUTO DI CREDITO: _____

IBAN: allegare copia estremi da CC

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- ☐ copia della Carta d'identità e del Codice fiscale del richiedente e del beneficiario qualora fossero persone diverse;
- ☐ copia di eventuale provvedimento di nomina del Tutore, Curatore o Amministratore di Sostegno;
- ☐ documenti di identità del nominato;
- ☐ copia dell'Attestazione ISEE;
- ☐ copia del verbale di accertamento dell'invalidità civile e/o indennità di accompagnamento;
- ☐ copia del verbale di riconoscimento della L.104/1992;

Per la richiesta di Misura Sostegno

- ☐ copia estremi da CC

Per la richiesta di Misura Sostegno assistente familiare

- ☐ contratto regolarmente registrato che evidenzia l'assunzione di un'assistente familiare con il quantitativo di ore settimanali.

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo	Data	Il dichiarante