



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: francesca.bianchi@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 CAREGIVER

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 _____

Codice fiscale _____



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: francesca.bianchi@cmlaghi.bg.it

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) _____



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: francesca.bianchi@cmlaghi.bg.it

RICHIESTE

l'erogazione del seguente voucher sociale/buono/contributo

- RIMBORSO SPESE** relative ad interventi che favoriscano la sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare.

Sono ammesse spese relative a

- Intervento domiciliare da parte di servizi forniti da enti qualificati nel settore dell'assistenza domiciliare. Si tratta di interventi complementari a quelli già attivi (extra piano di intervento)
- Intervento residenziale extrafamiliare ovvero soggiorno temporaneo in unità di offerta residenziale o comunque in grado di dare una risposta adeguata ed appropriata ai bisogni e alle esigenze della persona (enti qualificati)

Non sono ammesse spese relative a

- Compartecipazione agli interventi di assistenza domiciliare già attivi
- Interventi di natura sociosanitaria.

Per ottenere tale rimborso è necessario presentare idonea documentazione fiscale comprovante la spesa sostenuta (periodo di riferimento 01/01/2023 – 31/12/2023)

- VOUCHER** per interventi di FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO del caregiver familiare nell'attività di cura. Si tratta di interventi di sostegno alle competenze del caregiver familiare e di supporto nella gestione del familiare nel contesto domestico e del carico di cura.

Sono interventi forniti da enti erogatori di servizi sociali e sociosanitari in relazione alla natura dell'intervento.

Gli interventi possono essere erogati dal 01/01/2023 al 31/12/2023

La domanda potrà riguardare la richiesta di servizi solo per l'anno solare in cui viene presentata. A tal fine, avvalendosi della facoltà concessa dagli 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):



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: francesca.bianchi@cmlaghi.bg.it

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

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;
- VERBALE INVALIDITA' E/O LEGGE 104;
- COPIA CARTA IDENTITA' e CODICE FISCALE DEL DICHIARANTE;
- COPIA CARTA IDENTITA' e CODICE FISCALE DEL BENEFICIARIO.