

**AVVISO PUBBLICO PER L'EROGAZIONE DI BUONI SOCIALI A FAVORE DI  
PERSONE CON DISABILITA' GRAVE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA  
CHE SI AVVALGONO DI UN'ASSISTENTE FAMILIARE - 2018**

In esecuzione della DGR 7549 del 18 dicembre 2017 e della DGR 5940/2016, si emana il presente avviso per l'erogazione nell'anno corrente di buoni sociali annuali di € 1.200,00 per famiglie che si avvalgono di un'assistente familiare, previa presentazione al Comune di residenza della domanda entro il:

**10 giugno ore 12.00**

**FINALITA'**

Il presente Bando disciplina l'erogazione di buoni sociali con la finalità di favorire la possibilità di permanenza della persona disabile grave al proprio domicilio e nel suo contesto di vita.  
Misura a favore di persone non autosufficienti con età inferiore ai 75 anni assistite al proprio domicilio da assistenti familiari regolarmente assunte per almeno 24 ore settimanali.

**REQUISITI RICHIESTI PER L'AMMISSIONE AL BANDO**

Criteri di accesso:

- 1) Essere assistito presso il proprio domicilio da parte di assistente familiare assunta/o con regolare contratto di lavoro, stipulato da parte dell'assistito oppure di un suo familiare, per almeno 24 ore settimanali;
- 2) Non autosufficienza ai sensi della DCPM 159/2013 (riconoscimento indennità di accompagnamento);
- 3) Residenza in uno dei 18 Comuni dell'Ambito della Valle Seriana
- 4) Reddito espresso attraverso l'Isce sociosanitario (come previsto dal DCPM 159/2013) inferiore o uguale a € 22.000,00.

Sono esclusi i beneficiari del contributo per soggetti gravissimi erogato dall'Ats di Bergamo (B1) e chi frequenta strutture e servizi socio sanitari (CDD, CDI);

**PERIODO DI RIFERIMENTO**

Il titolo è assegnato in una quota unica per l'intero anno 2018

**MODALITA' DI ACCESSO**

Le domande saranno accolte dagli operatori del Servizio sociale del Comune ed inoltrate alla Servizi Socio sanitari Valseriana, che provvederà a stilare la graduatoria dei soggetti richiedenti, con individuazione dei soggetti beneficiari.

Le domande saranno ritenute valide solo se corredate da tutta la documentazione richiesta.

**MODALITA' DI PRESENTAZIONE**

La richiesta va espressa presentando i seguenti documenti:

- Domanda di richiesta del contributo;
- Copia del verbale di Invalidità civile rilasciato dall'ASL;
- Scale ADL e IADL (redatte dal Medico di base o Medico specialista)
- Reddito espresso attraverso l'ISEE sociosanitario (come previsto dal DCPM 159/2013) inferiore o uguale a € 22.000,00.
- Fotocopia di un documento di identità in corso di validità del beneficiario e del richiedente (se persona diversa);
- Consenso informato del richiedente;
- Eventuale copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno;
- Delega riscossione
- Contratto di assunzione dell'assistente familiare.

La modulistica e i documenti relativi al presente bando sono scaricabili dal sito [www.ssvalseariana.org](http://www.ssvalseariana.org).

**SERVIZI SOCIO SANITARI VAL SERIANA srl**  
**Viale Stazione, 26/a - 24021 Albino (Bg)**  
**Tel. 035/75.97.07 Fax. 035/75.96.36**

**GRADUATORIA**

La Servizi Sociosanitari Valseriana, redigerà una graduatoria delle domande pervenute entro il 30/06/18 e successivamente assegnerà il buono fino ad esaurimento delle risorse: budget pari a € 13.000,00. La graduatoria sarà definita in base alla minore età del richiedente. Accedono prioritariamente le persone non in carico alla Misura RSA aperta.

Albino, 9 maggio 2018

Il Direttore  
f.to Dr. Marino Maffeis

Al Comune di.....  
(comune di residenza del beneficiario del Titolo Sociale)

## **DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI BUONI SOCIALI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA CHE SI AVVALGONO DI UN'ASSISTENTE FAMILIARE 2018**

**ai sensi della DGR 7549/2017 E DGR 5940/2016 di Regione Lombardia**

### **RICHIEDENTE**

Il/la sottoscritto/a (cognome) .....(nome).....  
nato/a ..... prov. .... il .....  
residente in (comune) ..... via ..... n .....  
telefono..... codice fiscale.....  
indirizzo email .....  
in qualità di .....  
 beneficiario  tutore  curatore  amministratore di sostegno  familiare

**per conto del BENEFICIARIO sotto riportato** (compilare solo se si tratta di persona diversa dal richiedente)

cognome .....nome.....
nato/a ..... prov. .... il .....
residente in (comune) ..... via ..... n .....
telefono..... codice fiscale.....

### **CHIEDE**

in attuazione della DGR 7549/2017 e dell'avviso pubblico del 9 maggio 2018:

**BUONO SOCIALE** di € 1200 annuale

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali assunte ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell'art. 75 del DPR 445/2000, la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità

### **DICHIARA CHE**

**il sig/sig.ra.....(beneficiario)**

1. è stato riconosciuto/a invalido/a con indennità di accompagnamento
2. non frequenta strutture e servizi sanitari, sociosanitari e sociali

3. il nucleo familiare anagrafico è così composto (con tipo di parentela)

.....  
.....

4. la tipologia di parentela del caregiver familiare è

.....

5. la tipologia di presenza dell'assistente personale:

- Nessuno
- Tempo pieno
- Tempo parziale

6. Utilizza altri servizi :

- Contributi economici
- SADH (ore.....)
- ADI
- Altro.....
- Nessun servizio

7. In caso di accoglimento della domanda, la liquidazione del beneficio economico va effettuata sul conto corrente bancario o postale numero:

banca/uff. postale .....agenzia / filiale .....  
comune di ..... codice IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

intestato a .....

In fede  
.....

(firma)

Luogo e data, .....

Si allegano:

- copia carta di identità del richiedente e/o beneficiario e del delegato alla riscossione;
- attestazione ISEE sociosanitario (DSU se pratica in corso);
- copia certificato d'invalidità del beneficiario e verbale Legge 104/92;
- scale ADL e IADL (redatte dal Medico di base o Medico specialista);
- copia del decreto/ordinanza di nomina (solo in caso di tutela/curatela)

**SERVIZI SOCIOSANITARI VAL SERIANA s. r. l.**

Viale Stazione, 26/a 24021 ALBINO (BG)

Tel. 035 75.97.07 - Fax 035 75.96.36 e-mail: [direzione@ssvalseriana.org](mailto:direzione@ssvalseriana.org)

C.F. e P.IVA 03228150169 - REA BG 360161

**ACQUISIZIONE DEL CONSENSO DELL'INTERESSATO**

Io sottoscritto/a, \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in qualità di:

- Diretto interessato
- Genitore di \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_
- Tutore di \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_
- Curatore \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_
- Amministratore di sostegno di \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_
- Altro familiare \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

Dichiaro di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, in particolare riguardo ai diritti a me riconosciuti dalla legge ex art. 7 D. Lgs. 196/2003, nonché di aver avuto conoscenza che i dati da me conferiti hanno natura di dati sensibili e acconsento al trattamento dei miei dati con modalità e per le finalità indicate nell'informativa stessa.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_

---

Il Direttore  
Dr. Marino Maffei  
Tel. 035/759707  
Fax 035/759636  
e-mail: [direzione@ssvalseriana.org](mailto:direzione@ssvalseriana.org)

Comuni Soci:  
*Albino, Alzano Lombardo, Aviatico, Casnigo, Cazzano Sant'Andrea,  
Cene, Colzate, Fiorano al Serio, Gandino, Gazzaniga, Leffe, Nembro,  
Peia, Pradalunga, Ranica, Selvino, Vertova, Villa di Serio.  
Comunità Montana Valle Seriana*

**SERVIZI SOCIOSANITARI VAL SERIANA s. r. l.**

Viale Stazione, 26/a 24021 ALBINO (BG)

Tel. 035 75.97.07 - Fax 035 75.96.36 e-mail: [direzione@ssvalseriana.org](mailto:direzione@ssvalseriana.org)

C.F. e P.IVA 03228150169 - REA BG 360161

**MODULO DELEGA ALLA RISCOSSIONE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Recapito Tel. \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

**DELEGA ALLA RISCOSSIONE DEL TITOLO SOCIALE**

Il/la Signor/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Rec. Tel. \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Per i richiedenti impossibilitati alla firma**

La su estesa dichiarazione è stata resa dal richiedente \_\_\_\_\_ ,  
impossibilitato alla sottoscrizione (D.P.R. n.445 del 28/12/2000, art.4), in presenza del funzionario  
incaricato previo accertamento dell'identità mediante conoscenza diretta o esibizione del  
documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato  
da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il funzionario incaricato (qualifica e firma leggibili)

\_\_\_\_\_

Il Direttore  
Dr. Marino Maffei  
Tel. 035/759707  
Fax 035/759636  
e-mail: [direzione@ssvalseriana.org](mailto:direzione@ssvalseriana.org)

Comuni Soci:  
*Albino, Alzano Lombardo, Aviatico, Casnigo, Cazzano Sant'Andrea,  
Cene, Colzate, Fiorano al Serio, Gandino, Gazzaniga, Leffe, Nembro,  
Peia, Pradalunga, Ranica, Selvino, Vertova, Villa di Serio.  
Comunità Montana Valle Seriana*

**A.D.L.**  
( Index of Independence in Activities of Daily Living )

	punteggio	
<b>(AD 1)</b> Fare il bagno	<b>1</b>	<input type="checkbox"/> <b>1) Non riceve alcuna assistenza</b> (entra ed esce dalla vasca autonomamente, nel caso che la vasca sia il mezzo abituale per fare il bagno) <input type="checkbox"/> <b>2) Riceve assistenza nel lavare solo una parte del corpo</b> ( es. la schiena od una gamba )
	<b>0</b>	<input type="checkbox"/> <b>3) Riceve assistenza nel lavare più di una parte del corpo</b> ( o rimane non lavato )
<b>(AD 2)</b> Vestirsi	<b>1</b>	<input type="checkbox"/> <b>1) Prende gli abiti e si veste completamente senza assistenza</b> <input type="checkbox"/> <b>2) Prende gli abiti e si veste completamente senza assistenza, tranne per allacciarsi le scarpe</b>
	<b>0</b>	<input type="checkbox"/> <b>3) Riceve assistenza nel prendere gli abiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito</b>
<b>(AD 3)</b> Uso dei servizi	<b>1</b>	<input type="checkbox"/> <b>1) Va ai servizi, si pulisce, si riveste senza assistenza</b> ( può usare supporti come il bastone o il deambulatore o la sedia a rotelle, è in grado di maneggiare la padella o la comoda svuotandola al mattino )
	<b>0</b>	<input type="checkbox"/> <b>2) Riceve assistenza nell'andare ai servizi, nel pulirsi, nel vestirsi, nell'usare la padella o la comoda</b> <input type="checkbox"/> <b>3) Non va ai servizi per i bisogni corporali</b>
<b>(AD 4)</b> Spostarsi	<b>1</b>	<input type="checkbox"/> <b>1) Entra ed esce dal letto come pure si siede e si alza dalla sedia senza assistenza</b> (può usare supporti come il bastone o il deambulatore )
	<b>0</b>	<input type="checkbox"/> <b>2) Entra ed esce dal letto come pure si siede e si alza dalla sedia con assistenza</b> <input type="checkbox"/> <b>3) Non si alza dal letto</b>
<b>(AD 5)</b> Continenza	<b>1</b>	<input type="checkbox"/> <b>1) Controlla completamente da solo la minzione o la defecazione</b>
	<b>0</b>	<input type="checkbox"/> <b>2) Ha occasionali "incidenti"</b> <input type="checkbox"/> <b>3) Il controllo della minzione e della defecazione è condizionato dalla sorveglianza, usa il catetere o è incontinente</b>
<b>(AD 6)</b> Alimentarsi	<b>1</b>	<input type="checkbox"/> <b>1) Si alimenta da solo senza assistenza</b> <input type="checkbox"/> <b>2) Si alimenta da solo eccetto che necessita di assistenza per tagliare la carne o per spalmare il burro sul pane</b>
	<b>0</b>	<input type="checkbox"/> <b>3) Riceve assistenza nell'alimentarsi o viene alimentato parzialmente o completamente per sondino o per via endovenosa</b>

**I.A.D.L.**

( Instrumental Activities of Daily Living Scale )

	Punteggio	
<b>( I.A. 1 )</b> <b>A</b> Capacità di usare il telefono	1	<input type="checkbox"/> 3) Usa il telefono di propria iniziativa, alza il microfono e compone il numero <input type="checkbox"/> 2) Compone solo alcuni numeri ben conosciuti <input type="checkbox"/> 1) E' in grado di rispondere al telefono, ma non di chiamare
	0	<input type="checkbox"/> 0) Non è capace di usare il telefono
<b>( I.A. 2 )</b> <b>B</b> Movimento per acquisti nei negozi	1	<input type="checkbox"/> 3) Prende autonomamente cura di tutte le necessità di acquisti nei negozi
	0	<input type="checkbox"/> 2) E' in grado di effettuare solo piccoli acquisti nei negozi <input type="checkbox"/> 1) Necessita di essere accompagnato per qualsiasi giro di acquisti nei negozi <input type="checkbox"/> 0) E' del tutto incapace di fare acquisti nei negozi
<b>( I.A. 3 )</b> <b>C</b> Mezzi di trasporto	1	<input type="checkbox"/> 4) Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto <input type="checkbox"/> 3) Organizza i propri spostamenti con taxi, ma non usa i mezzi pubblici <input type="checkbox"/> 2) Usa i mezzi pubblici se accompagnato da qualcuno
	0	<input type="checkbox"/> 1) Può spostarsi soltanto con taxi o con auto con l'assistenza di altri <input type="checkbox"/> 0) Non si sposta per niente
<b>( I.A. 4 )</b> <b>D</b> Responsabilità nell'uso di farmaci	1	<input type="checkbox"/> 2) E' in grado di assumere medicinali nelle giuste dosi ed al tempo giusto
	0	<input type="checkbox"/> 1) E' in grado di assumere medicinali se preparati in anticipo in dosi separate <input type="checkbox"/> 0) Non è in grado di assumere medicine da solo
<b>( I.A. 5 )</b> <b>E</b> Capacità di gestire il danaro	1	<input type="checkbox"/> 2) Gestisce le operazioni finanziarie indipendentemente ( bilanci, scrive assegni, paga affitti, conti, va in banca, raccoglie e tiene nota delle entrate) <input type="checkbox"/> 1) Gestisce gli acquisti quotidiani, ma necessita di aiuto per le operazioni bancarie, gli acquisti maggiori, ecc.
	0	<input type="checkbox"/> 0) E' incapace di maneggiare denaro
<b>( I.A. 6 )</b> <b>F</b> Cucinare	1	<input type="checkbox"/> 1) Si prepara e si serve i pasti da solo
	0	<input type="checkbox"/> 0) Assume cibo inadeguato anche se preparato da solo o gli debbono essere forniti gli ingredienti
<b>( I.A. 7 )</b> <b>G</b> Accudire la casa	1	<input type="checkbox"/> 1) Fa lavori leggeri da solo anche se non mantiene la casa pulita o va aiutato ma fa tutti i lavori
	0	<input type="checkbox"/> 0) Non fa alcun lavoro domestico
<b>( I.A. 8 )</b> <b>H</b> Bucato	1	<input type="checkbox"/> 1) Lava da solo tutto o solo la biancheria
	0	<input type="checkbox"/> 0) Tutto il bucato è fatto da altri