



residente a _____ Via _____ n. _____,
 domiciliato (se diverso da residenza) a _____ via _____ n. _____
 tel./cel. _____ e-mail _____

Di accedere ad uno dei seguenti sostegni previsti dalle – Fondo non autosufficienza Misura B2 (D.G.R. 3719/2024, Decreto 1279/2025):

- BUONO SOCIALE CAREGIVER FAMILIARE anziani**
- BUONO SOCIALE CAREGIVER FAMILIARE persone con disabilità**
- BUONO SOCIALE per PERSONALE di ASSISTENZA regolarmente impiegato anziani**
- BUONO SOCIALE per PERSONALE di ASSISTENZA regolarmente impiegato persone con disabilità**
- BUONO SOCIALE PER LA VITA INDIPENDENTE persone con disabilità**
- INTERVENTI INTEGRATIVI DIRETTI minori con disabilità**
- INTERVENTI INTEGRATIVI DIRETTI anziani**
- INTERVENTI INTEGRATIVI DIRETTI persone con disabilità**

2

Si rimanda al Progetto Individuale per la descrizione dell'intervento.

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- Di essere:
 - in condizione di disabilità e con necessità di sostegno intensivo elevato (già grave disabilità), come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992;
 - beneficiario dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L.508/1988;
 - in fase di accertamento.
- Di essere assistito al domicilio in maniera continuativa come di seguito specificato:
 Cognome e nome di chi presta l'assistenza (caregiver familiare o assistente familiare personale)



Relazione di parentela/altro con il beneficiario/a: _____

Caregiver convivente (incluso nel nucleo anagrafico) SI NO

Assistente familiare personale regolarmente assunto SI NO

Altro (specificare) _____

- Di aver preso visione e di accettare i termini dell'Avviso pubblico che descrive i criteri di accesso ai sostegni e le modalità di presentazione delle domande e di erogazione degli interventi e/o contributi;
- Di essere consapevole che la quantificazione e l'impiego delle risorse economiche derivanti dalla Misura B2 saranno definiti nel Progetto Individuale e concordati con i Servizi Sociali Comunali, con il personale sociosanitario e/o Ente di Terzo Settore;
- Di accettare la valutazione multidimensionale a seguito della quale sarà redatto il progetto individuale;
- Di non essere (*barrare le caselle corrispondenti*):
 - in carico alla MISURA RSA aperta (ex. DGR n. 7751/2022);
 - beneficiario Voucher anziani e disabili (ex DGR n. 7487/2017 e DGR n. 2564/2019);
 - beneficiario della MISURA B1;
 - accolto definitivamente presso Unità d'offerta residenziali sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
 - percettore di contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI – o da risorse Dopo Di Noi per onere assistente personale regolarmente impiegato;
 - in carico al Fondo Sanitario Regionale per ricovero di sollievo;
 - beneficiario Home Care Premium/INPS;
 - beneficiario della prestazione universale di cui agli artt. 34-36 del d.lgs 29/2024.
- Che la situazione reddituale e patrimoniale corrisponde a un valore:
 - ISEE ORDINARIO (minori) di € _____
 - ISEE SOCIOSANITARIO di € _____
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Comune di residenza qualsiasi variazione che comporti causa di decadenza o revoca della Misura, come indicato al paragrafo 11 del presente Avviso;
- Di essere a conoscenza che l'Azienda Speciale Consortile Garda Sociale e/o il Comune di residenza, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dalla legge, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

Si allega alla presente istanza copia dei seguenti documenti:



- documento d'identità del beneficiario dell'intervento;
- documento d'identità di chi presenta l'istanza, se persona diversa dal beneficiario dell'intervento;
- documento di identità e decreto di nomina del Tribunale, se la domanda viene presentata dall'amministratore di sostegno, curatore o tutore;
- documento di identità del caregiver/assistente personale (se diverso da chi presenta l'istanza);
- certificazione di disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato (già disabilità grave) art. 3 c. 3 l. 104/92 o certificato di invalidità (100%) con accompagnamento;
- certificazione ISEE in corso di validità;
- Progetto Individuale sottoscritto;
- scheda di valutazione ADL – IADL;
- delega (Allegato C), quando necessaria;
- modulo scelta fornitore, quando il progetto prevede l'attivazione di Interventi integrativi sociali (Allegato E).

Per le domande Buono sociale personale assistenza regolarmente impiegato è necessario includere anche:

- copia del contratto di lavoro relativo all'assistente familiare con indicazione del monte ore settimanale e degli ultimi 3 cedolini paga
- copia dei versamenti contributivi degli ultimi 3 mesi.

In caso di accesso al beneficio, il contributo spettante sarà accreditato esclusivamente (indicare un'opzione):

- Sul conto corrente intestato al beneficiario della domanda
- Sul conto corrente intestato a _____ (allegare delega sottoscritta)

4

IBAN:

CODICE PAESE	CHECK DIGIT	CIN	ABI	CAB	NUMERO CONTO

Per ragioni di tracciabilità non è possibile indicare come modalità di pagamento contanti, libretti postali o carte prepagate.

Si evidenzia che, nel rispetto di quanto definito dalla normativa vigente, le istanze incomplete della documentazione richiesta non saranno ammissibili.

Luogo e data, _____

Firma beneficiario _____

oppure



Luogo e data, _____

Firma delegato* _____

**nota: se l'interessato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è valida solo in presenza di un impedimento fisico dell'interessato nel rispetto del DPR 445/2000 art. 4.*

(Allegare dichiarazione di impedimento alla sottoscrizione).



TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In relazione ai dati personali (riferiti a “persona fisica”) trattati da parte dei Comuni dell’Ambito Territoriale Sociale 11 – Garda e dell’Azienda Speciale Consortile Garda Sociale ai sensi degli artt. 13-14 del Reg. U E 2016/679, contitolari del trattamento, si informa che:

- contitolari del trattamento sono i Comuni dell’Ambito 11 del Garda, (Bedizzole, Calvagese d/Riviera, Desenzano d/G, Gardone Riviera, Gargnano, Limone s/G, Lonato d/G, Magasa, Manerba d/G, Moniga d/G, Padenghe s/G, Polpenazze d/Garda, Pozzolengo, Puegnago d/Garda, Salò, San Felice d/Benaco, Sirmione, Soiano d/Lago, Tignale, Toscolano Maderno, Tremosine s/Garda, Valvestino) e l’Azienda Speciale Consortile Garda Sociale, con sede a Salò in piazza Carmine n. 4, rappresentato per quanto concerne gli obblighi in materia di privacy dal Direttore generale – dato di contatto direzione.amministrativa@gardasociale.it
- il dato di contatto del responsabile della protezione dei dati dell’Azienda Speciale Consortile Garda Sociale, consulenza@entionline.it - PEC nadia.cora@mantova.pecavvocati.it
- l’Azienda si può avvalere, per il trattamento dei dati, di soggetti terzi (individuati quali responsabili del trattamento) sulla base di un contratto od altro atto giuridico (ad es. atto di designazione del Responsabile del trattamento dei dati ai sensi dell’art. 28 del Reg. UE/2016)
- i dati personali sono raccolti dai comuni contitolari in cui ha residenza l’istante, e poi trasmessi alla società Consortile Garda Sociale, che si occupa della valutazione delle richieste pervenute, della formazione della graduatoria e della liquidazione. I dati vengono raccolti e trattati per le finalità istituzionali assegnate ai Comuni e all’Azienda ai sensi dell’art. 6 comma 1 lett. e) e lett. a) ed il trattamento è necessario per l’esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all’esercizio di pubblici poteri; gli uffici acquisiscono unicamente i dati obbligatori per l’avvio e la conclusione della procedura di cui al presente avviso. Nel caso di specie i dati vengono raccolti per la gestione del servizio di erogazione di sostegni economici (buoni sociali) e di prestazioni (voucher sociale) a persone con disabilità residenti nei comuni dell’Ambito 1, finanziati con il Fondo Non Autosufficienza. La base Giuridica è la D.G.R. Lombardia 7751/2022, Decreto 1581/2023 Regione Lombardia
- il trattamento avviene sia in forma cartacea/manuale sia con strumenti elettronici/informatici
- il trattamento viene svolto in osservanza di disposizioni di legge o di regolamento per adempiere agli obblighi ed alle facoltà ivi previsti in capo agli enti pubblici
- sono trattati i dati indicati nelle linee guida, dati personali identificativi, dati sanitari e dati appartenenti a particolari categorie;
- non vengono adottati processi decisionali esclusivamente automatizzati (e pertanto senza intervento umano) che comportino l’adozione di decisioni sulle persone
- la comunicazione dei dati a terzi soggetti avviene sulla base di norme di legge o di regolamenti e/o per l’espletamento di procedure finalizzate alla rendicontazione del presente avviso
- i dati vengono conservati per la durata prevista dalla vigente normativa in materia di conservazione dati/documenti cartacei/digitali della pubblica amministrazione
- il mancato conferimento dei dati all’Azienda possono comportare l’impossibilità alla partecipazione al bando/avviso



- il trattamento dei dati è improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, nel rispetto della riservatezza degli stessi
- gli interessati (ossia le persone fisiche cui si riferiscono i dati personali) hanno il diritto all'accesso ai dati, alla rettifica, alla limitazione o opposizione al trattamento per motivi legittimi ed espressi, a presentare reclamo all'Autorità Garante della privacy
- la pubblicazione dei dati personali avviene nei casi e con i limiti previsti dalla vigente normativa.

Per il Comune di residenza il/la responsabile designato/a dall'ente è il/la sig./ra _____.

Preso atto dell'informativa di cui sopra ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/ 679, il/la sottoscritto/a _____ acconsente al trattamento dei propri dati personali, funzionale agli scopi per i quali è posto in essere.

Data _____

Firma richiedente/beneficiario _____

Data _____

Firma funzionario/a _____