

Spazio riservato al protocollo in entrata del  
comune di residenza della persona

Spett. Comune di .....

(Comune di residenza della persona per cui si richiede  
la valutazione multidimensionale)

Alla cortese attenzione  
dell'**Assistente sociale**

**ISTANZA PER LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER L'ASSEGNAZIONE DI BUONI SOCIALI IN FAVORE DI**  
**PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

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

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

identificato a mezzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_ in  
data \_\_\_\_\_

In qualità di

Diretto interessato

Familiare \_\_\_\_\_ (specificare grado di parentela nei confronti del beneficiario)

Altro \_\_\_\_\_ (specificare)

DEL SIG./SIG.RA

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

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

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Cittadinanza \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_

secondo quanto previsto dal bando per l'assegnazione di buoni sociali in favore di persone non autosufficienti approvato con determina del Responsabile dell'Area Sociale di Comunità Montana Valli del Verbano n. 396 Reg. Gen. del 18/04/25

**CHIEDE**

- per sè
- per la persona per la quale inoltra la domanda

l'accesso alla valutazione multidimensionale per l'attivazione degli strumenti riportati nel Bando sopraindicato.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità

e pertanto **DICHIARA**

- di aver preso visione e di accettare senza riserve le regole contenute nel bando;**

**Condizione di gravità (scegliere):**

- che il beneficiario è **in condizione di gravità** così come accertato ai sensi dell'art. 3 – comma 3, della Legge 104/1992 (ALLEGATA);

**Indennità di accompagnamento**

- che al beneficiario è riconosciuta **l'indennità di accompagnamento** di cui alla Legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/88 (ALLEGATA)

**Accoglienza presso unità di offerta**

- che il beneficiario **non** è accolto definitivamente presso Unità d'offerta residenziali sociosanitarie e sociali;
- che il beneficiario **non** si trova in ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale

**Status relativo ad altri contributi**

**Home Care Premium/INPS HCP (scegliere una delle tre)**

- di **non** aver presentato domanda di ammissione ai contributi Home Care Premium/INPS HCP;

di aver presentato domanda di ammissione ai contributi Home Care Premium/INPS HCP, ma di non conoscere l'esito della relativa istruttoria;

di aver presentato domanda di ammissione ai contributi Home Care Premium/INPS HCP e che è stato riconosciuto il contributo per il periodo \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

**Misura B1 (scegliere una delle tre)**

di **non** aver presentato domanda di ammissione alla misura B1

di aver presentato domanda di ammissione alla misura B1, ma di non conoscere l'esito della relativa istruttoria

di aver presentato domanda di ammissione alla misura B1 e che la stessa è stata riconosciuta per il periodo  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

**Rsa Aperta (scegliere una delle tre)**

di **non** aver presentato domanda di ammissione alla misura RSA Aperta;

di aver presentato domanda di ammissione alla misura RSA Aperta, ma di non conoscere l'esito della relativa istruttoria;

di aver presentato domanda di ammissione alla misura RSA Aperta e che la stessa è stata riconosciuta per il periodo  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

**Prestazione universale di cui agli artt. 34-36 del D.lgs 29/2024**

di **non** aver presentato domanda di ammissione alla prestazione universale

di aver presentato domanda di ammissione alla prestazione universale, ma di non conoscere l'esito della relativa istruttoria;

di aver presentato domanda di ammissione alla prestazione universale e che la stessa è stata riconosciuta per il periodo \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

**Consenso alle verifiche**

di dare il proprio consenso alle verifiche da parte dell'Ufficio di Piano sull'eventuale richiesta e/o concessione di benefici a valere sulle altre Misure Regionali compatibili, incompatibili o integrabili di cui all'art 6 del bando di competenza dell'Ufficio di Piano stesso (PRO.VI., Voucher anziani e disabili ai sensi delle DGR n. 7487/2017 e n. 2564/2019, Bonus per Assistente Familiare, Sostegni DOPO DI NOI, ecc...);

**DICHIARA**, inoltre

che il beneficiario AUTODICHIARA un ISEE pari a € \_\_\_\_\_

**In presenza di difformità dell'ISEE dichiara di essere consapevole che:**

*(barrare una delle seguenti opzioni se ricorre)*

in caso di difformità per omissione di redditi da lavoro e/o pensione o per omissione di uno o più rapporti finanziari dovrà presentare al servizio sociale del comune di residenza una nuova Attestazione ISEE che integri i dati omessi;

- in caso di difformità del patrimonio mobiliare, per confermarne eventualmente la veridicità, dovrà esibire al servizio sociale del comune di residenza, tutta la documentazione relativa ai rapporti finanziari dichiarati.

## SI IMPEGNA

- a consentire che le Assistenti Sociali Comunali in collaborazione con l'equipe di ASST Sette Laghi, nel corso dell'istruttoria, valutino la possibilità di realizzazione del Progetto di Assistenza Individuale a favore del beneficiario, consapevole che l'incongruenza tra le informazioni dichiarate nella domanda e la situazione riscontrata dai professionisti, in sede di valutazione, determinerà il decadimento dell'istanza;

- ad adempire ai compiti del beneficiario/familiare previsti all'art. 16 del bando;

## CHIEDE

che il contributo, se riconosciuto, sia liquidato con una delle seguenti modalità:

- direttamente al beneficiario tramite Bonifico sul c/c bancario (NO LIBRETTO POSTALE):

➤ codice IBAN

Disambiguazione per la compilazione del codice IBAN: utilizzare O come lettera dell'alfabeto, utilizzare Ø per carattere numerico "zero"

- Intestato a: \_\_\_\_\_
  - Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
  - Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_
  - Codice fiscale \_\_\_\_\_
  - Banca: \_\_\_\_\_
  - Agenzia di: \_\_\_\_\_
  - Co-intestato a:

## INDICA

il recapito per qualunque comunicazione relativa alla presente domanda (*scegliere solo una delle seguenti opzioni*):

- indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

via posta all'indirizzo \_\_\_\_\_

Luogo e data

Firma dell'assistito/familiare/tutore/curatore/amministratore di sostegno