



**COMUNITÀ MONTANA
VALLE BREMBANA
ENTE GESTORE PIANO DI
ZONA 2025/2027**

ALGUA – AVERARA – BLELLO – BRACCA – BRANZI – CAMERATA CORNELLO
CARONA – CASSIGLIO – CORNALBA – COSTA SERINA – CUSIO – DOSSENA –
FOPPOLO – ISOLA DI FONDRA – LENNA – MEZZOLDI – MOIO DE' CALVI
OLMO AL BREMBO – OLTRE IL COLLE – ORNICA – PIAZZA BREMBANA
PIAZZATORRE – PIAZZOLO – RONCOBELLO – SAN GIOVANNI BIANCO – SAN
PELLEGRINO TERME – SANTA BRIGIDA – SEDRINA – SERINA – TALEGGIO
UBIALE CLANEZZO – VAL BREMBILLA – VALLEVE – VALNEGRA – VALTORTA
VEDESETA – ZOGNO

Sistema Socio Sanitario
**Regione
Lombardia**
ATS Bergamo

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI E INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI
A FAVORE DELLE PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI A BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE E
DELLE PERSONE CON DISABILITÀ CON NECESSITÀ DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO**

MISURA SOSTEGNO E MISURA SERVIZI – FNA 2026/2027

ai sensi della DGR XII/6320/2026

DATI BENEFICIARIO

COGNOME	NOME		
NATO/A	A	PROV ()	IL
CODICE FISCALE			
RESIDENTE IN VIA	N°	COMUNE DI	CAP.
DOMICILIO solo se diverso dalla residenza VIA		N°	
COMUNE DI		CAP.	
EMAIL		NUMERO DI TELEFONO	
DOCUMENTO D'IDENTITÀ N.		RILASCIATO DA	
SCADENZA AL			

DATI RICHIEDENTE (SOLO SE DIVERSO DAL BENEFICIARIO)

COGNOME	NOME		
NATO/A	A	PROV ()	IL
CODICE FISCALE			
RESIDENTE IN VIA	N°	COMUNE DI	CAP.
DOMICILIO solo se diverso dalla residenza VIA		N°	
COMUNE DI		CAP.	
EMAIL		NUMERO DI TELEFONO	
DOCUMENTO D'IDENTITÀ N.		RILASCIATO DA	
SCADENZA AL			
in qualità di:			
A) Nel caso la persona sia in stato di impedimento permanente, in qualità di:			
☐ TUTORE ☐ CURATORE ☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con provvedimento n. _____ del _____;			
B) Nel caso la persona sia in stato d'impedimento temporaneo, in qualità di:			
☐ CONIUGE o in sua assenza FIGLIO o, in mancanza di questo, ALTRO PARENTE (indicare la relazione di parentela) _____			
C) Nel caso di minore:			
☐ GENITORE ESERCENTE LA POTESTÀ GENITORIALE IN VIA ESCLUSIVA ☐ GENITORE (in questo caso è necessario che la domanda, pur compilata da uno di essi, sia sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori del minore).			

RICHIEDE

MISURA SOSTEGNO:

- Contributo per caregiver familiare pari a €. 100,00/mese;
- Contributo per assistente familiare pari a €. 300,00 full time/mese (oltre le 26h settimanali)
- Contributo per assistente familiare pari a €. 150,00 - part time/mese (fino a 26h settimanali),
- Assegno di autonomia mensile pari a massimo a € 300,00 per sostenere progetti di vita indipendente.



**COMUNITÀ MONTANA
VALLE BREMBANA
ENTE GESTORE PIANO DI
ZONA 2025/2027**

ALGUA – AVERARA – BLELLO – BRACCA – BRANZI – CAMERATA CORNELLO
CARONA – CASSIGLIO – CORNALBA – COSTA SERINA – CUSIO – DOSSENA –
FOPPOLO – ISOLA DI FONDRA – LENNA – MEZZOLDI – MOIO DE' CALVI
OLMO AL BREMBO – OLTRE IL COLLE – ORNICA – PIAZZA BREMBANA
PIAZZATORRE – PIAZZOLO – RONCOBELLO – SAN GIOVANNI BIANCO – SAN
PELLEGRINO TERME – SANTA BRIGIDA – SEDRINA – SERINA TALEGGIO
UBIALE CLANEZZO – VAL BREMBILLA – VALLEVE – VALNEGRA VALTORTA
VEDESETA – ZOGNO

Sistema Socio Sanitario



**Regione
Lombardia
ATS Bergamo**

MISURA SERVIZI:

Interventi integrativi sociali – assistenza diretta (per un importo massimo complessivo pari a €3.000,00) in coerenza con quanto definito nel Progetto Individualizzato (P.I.):

- Interventi di assistenza domiciliare (SAD) rivolti a persone anziani, per un monte ore complessivo di _____ ore (€./h), gestita dalla Cooperativa Sociale _____ (specificare denominazione dell'Ente Gestore tra l'elenco degli accreditati nel registro tenuto dall'Ambito Valle Brembana), per un importo complessivo pari a €. _____;
- Erogazione contributo a titolo di rimborso della spesa sostenuta, pari a € _____ per ricoveri di sollievo fino a 30 giorni;
- Altri servizi integrativi sociali definiti nel P.I., come da seguenti specifiche:

N.B.: La *Misura Servizi* è complementare e integrativa alla *Misura Sostegno*.

DICHIARA pertanto:

- Di essere residente in uno dei 37 Comuni dell'Ambito Territoriale Valle Brembana;
- Di aver preso visione dell'AVVISO PUBBLICO PER L'EROGAZIONE DELLE MISURE A FAVORE DELLE PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI A BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE E DELLE PERSONE CON DISABILITÀ CON NECESSITÀ DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO – MISURA SOSTEGNO E MISURA SERVIZI – FNA 2026/2027
- Che la misura verrà utilizzata secondo le finalità espresse dal bando;
- Di essere consapevole che la misura verrà erogata alle persone che risulteranno ammesse al beneficio in relazione ai fondi disponibili e, in caso di richiesta della Misura Sostegno, in base all'attribuzione di un punteggio ottenuto secondo quanto definito dai criteri di valutazione e priorità dell'avviso;
- Di impegnarsi a sottoscrivere un progetto individuale (P.I.);
- Di comunicare tempestivamente all'Assistente Sociale di riferimento eventuali modifiche della condizione del beneficiario tali da determinarne la decadenza al beneficio (secondo quanto definito nell'Avviso - Clausola di esclusione e decadenza);
- Di essere a conoscenza che, ai sensi del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., si procederà ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e dell'adesione al progetto e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, fatta salva l'attivazione delle necessarie procedure di legge, il beneficio verrà revocato;
- di non trovarsi in nessuna delle cause di incompatibilità così come elencate dall'Avviso nel capoverso "incompatibilità".

DICHIARA inoltre (barrare la casella corrispondente):

- ☐ di aver precedentemente beneficiato della misura _____ nell'annualità _____ (indicare anno);
- ☐ di aver attivato/richiesto in favore dell'anziano/disabile per il periodo di riferimento dell'Avviso seguenti interventi/servizi (es. centro diurno disabili, centro socio educativo, servizio assistenza domiciliare, Misura "Dopo di Noi", Pensione/Reddito di cittadinanza, Assegno di Inclusione - ADI ecc.):



**COMUNITÀ MONTANA
VALLE BREMBANA
ENTE GESTORE PIANO DI
ZONA 2025/2027**

ALGUA – AVERARA – BLELLO – BRACCA – BRANZI – CAMERATA CORNELLO
CARONA – CASSIGLIO – CORNALBA – COSTA SERINA – CUSIO – DOSSENA –
FOPPOLO – ISOLA DI FONDRA – LENNA – MEZZOLDI – MOIO DE' CALVI
OLMO AL BREMBO – OLTRE IL COLLE – ORNICA – PIAZZA BREMBANA
PIAZZATORRE – PIAZZOLO – RONCOBELLO – SAN GIOVANNI BIANCO – SAN
PELLEGRINO TERME – SANTA BRIGIDA – SEDRINA – SERINA TALEGGIO
UBIALE CLANEZZO – VAL BREMBILLA – VALLEVE – VALNEGRA VALTORTA
VEDESETA – ZOGNO

Sistema Socio Sanitario



**Regione
Lombardia
ATS Bergamo**

Si rammenta che l'iscrizione in via continuativa del beneficiario a servizi semi-residenziali (es. centro diurno disabili, centro socio-educativo ecc.) comporta l'assegnazione del buono ridotto del 50% sull'importo complessivo.

Si allega alla presente istanza:

- ☐ Copia di documento di identità del beneficiario e del richiedente (se diverso dal beneficiario);
- ☐ Schede di valutazione ADL/IADL e fragilità sociale compilate dal Servizio Sociale di riferimento;
- ☐ Progetto individualizzato sottoscritto ed elaborato dal Servizio Sociale di riferimento;
- ☐ Modulo privacy sottoscritto;
- ☐ Certificazione attestante la disabilità grave e/o non autosufficienza (così come definito dall'art.3 comma 3 della L.104/92 oppure indennità di accompagnamento di cui alla legge n.18/1980 e s.m.i. con L.508/1988)
OPPURE
Dichiarazione di aver avviato il processo di accertamento della condizione di invalidità del beneficiario con n. istanza _____ del _____;
- ☐ Dichiarazione ISEE in corso di validità (*socio sanitario per adulti, ordinario per minori*)
OPPURE
ultima dichiarazione ISEE disponibile o DSU corredate da autodichiarazione della data di appuntamento per la sottoscrizione del documento presso il CAAF;
- ☐ Copia del decreto di nomina di amministratore di sostegno, tutela o interdizione (*qualora presente*);
- ☐ Contratto sottoscritto con l'Assistente Familiare (in caso di richiesta Buono sociale mensile per anziani e adulti per acquisto di prestazioni da Assistente Familiare).

Da compilare SOLO in caso di richiesta di CONTRIBUTO MENSILE PER **CAREGIVER FAMILIARE**:

Il sottoscritto (nome e cognome) _____
in qualità di caregiver familiare

ATTESTA

(consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi - articolo 76, DPR n. 445/2000)

di prestare di assistenza con mansioni di supporto nelle attività della vita quotidiana al beneficiario del buono.

Firma _____

che il beneficiario frequenta un servizio **semi-residenziale** (CSE, CDD, ecc...)
per n. _____ ore settimanali.

Firma _____

Da compilare SOLO in caso di richiesta di CONTRIBUTO MENSILE PER ACQUISTO DI PRESTAZIONI DA **ASSISTENTE FAMILIARE** (BADANTE) ASSUNTO CON REGOLARE CONTRATTO DI LAVORO:

Il sottoscritto (nome e cognome) _____

ATTESTA

(consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi - articolo 76, DPR n. 445/2000)

di aver provveduto all'assunzione di personale con funzione di assistente familiare tramite regolare contratto di lavoro

per n. _____ ore settimanali;

Firma _____

