

AMBITO TERRITORIALE VALLE BREMBANA



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 DI VOUCHER SOCIALE PER L'ACCESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD) SOLLIEVO DOMICILIARE – FNA B2 SERVIZI INTERGATIVI DESTINATARI BENEFICIARI MISURA B2

All'Ambito Territoriale Valle Brembana

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ codice fiscale _____
tel. _____ email: _____ in qualità di
legale rappresentante del Comune di _____ qui rappresentato
dall'assistente sociale del proprio comune/in carico al comune _____

CHIEDE

l'erogazione di voucher per l'accesso al servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) – FNA B2 SERVIZI
INTEGRATIVI, tramite la figura ASA/OSS, con il seguente PROFILO:

- ☐ Profilo 1 (fino a 10km);
- ☐ Profilo 2 (oltre i 10 km);

per un monte ore complessivo di _____ ore (max. 36 ore), per conto e a favore di:
(Nome) _____ (Cognome) _____ data
di nascita: _____ luogo di nascita: _____
codice fiscale _____ residente a _____
in via _____ n. _____ domiciliato a (se diverso dalla
residenza) _____ in via _____ n. _____

IDENTIFICA

quale Ente Gestore per l'erogazione della prestazione richiesta (specificare denominazione
dell'Ente Gestore tra l'elenco degli accreditati nel registro tenuto dall'Ambito Valle Brembana) la
Cooperativa Sociale _____ con sede in _____

via _____ a _____
cf/p.iva _____ referente _____ cell. _____
mail _____

DICHIARA

- ☐ Che il beneficiario è inserito all'interno della graduatoria "Misura B2 FNA 2024 esercizio 2025 – misura 1 (Buono sociale caregiver) o misura 5 (interventi di assistenza diretta)";
- ☐ Di rinunciare ad eventuale assegnazione di risorse a valere sul Bando "FNA– ESERCIZIO 2025 – MISURA B2 buono sociale caregiver", dovuto ad eventuale scorrimento di graduatoria.

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000 le dichiarazioni mendaci, le falsità degli atti e uso degli atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità;

Luogo e data _____

firma dell'assistente sociale

firma del richiedente

del Gestore
