

Al Comune di _____

**ISTANZA DI VALUTAZIONE / DOMANDA DI PROSECUZIONE
A FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI PER L'ACCESSO
ALLA MISURA SOSTEGNO E/O MISURA SERVIZI
ai sensi della DGR XII/6320/2026**

Il sottoscritto (Cognome Nome) _____

Codice Fiscale _____

Nato/a _____ il _____ Sesso M F

Residente a _____

CAP _____ Provincia _____

Via _____

Domicilio (se diverso da residenza) _____

Tel. _____ e-mail _____

In qualità di
DIRETTO INTERESSATO

Ovvero di
FAMILIARE (Grado di parentela) o CONVIVENTE

TUTORE / CURATORE / AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. _____ del _____

del Sig. Cognome Nome _____

Nato/a _____ il _____ Sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

E-mail _____

Codice Fiscale Beneficiario _____ *(da compilare anche se coincide con il diretto interessato)*

O ISEE ordinario O ISEE sociosanitario (Persona Maggiorennne) di Euro _____ , _____ in corso di validità (scadenza
31.12.2026) privo di omissioni e difformità DSU _____ - _____

Medico di Medicina Generale _____

Sulla base della DGR XII/6320 del 15.06.2026 e delle Linee operative territoriali per l'attuazione integrata degli interventi in favore di **persone anziane non autosufficienti a basso bisogno assistenziale e persone con disabilità e necessità di sostegno intensivo elevato** di cui al Fondo Nazionale per le non autosufficienze anno 2025-2027-Esercizio 2026 e Esercizio 2027

CHIEDE

1 - la valutazione per sé stesso o in rappresentanza del beneficiario, ai fini dell'erogazione degli interventi di cui alla misura Sostegno e/o misura Servizi ai sensi della DGR XII/6320/2026 **(NUOVA ISTANZA)**;

2 - La continuità del progetto individuale in essere in prosecuzione con la misura B2 anno 2025 e/o con il bando estivo minori e a tal fine **DICHIARA** che:

NON SONO INTERVENUTE VARIAZIONI/MODIFICHE sostanziali rispetto alla precedente valutazione
(medesime condizioni **soggettive**)

SONO INTERVENUTE le seguenti modifiche alle condizioni soggettive relative a:

condizioni cliniche e funzionali del beneficiario;
modifiche dei bisogni assistenziali, educativi o socioeducativi;
sostituzione del caregiver familiare;
del rapporto contrattuale con il personale di assistenza;

E A TAL FINE DICHIARA CHE IL POTENZIALE BENEFICIARIO DELLA MISURA SOSTEGNO /SERVIZI

- ✓ è residente in uno dei Comuni degli Ambiti di Bellano, Lecco e Merate ed è attualmente al proprio domicilio;
- ✓ è beneficiario dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge 18/1980 e successive modifiche/integrazioni di cui alla legge n. 508/1988 e/o ha riconosciuto la condizione di gravità dell'Handicap ai sensi dell'Art. 3 Comma 3 L. 104/92;
- ✓ è in possesso di ISEE sociosanitario/ordinario in corso di validità (scadenza 31.12.2026) **privo di omissioni e difformità:**
 - o inferiore/uguale a € 12.500,00 (per accesso a buono sociale caregiver familiare) se adulto con disabilità o anziano;
 - o inferiore/uguale a €16.500,00 (per accesso a buono sociale caregiver assunto) se adulto con disabilità o anziano;
 - o inferiore/uguale a € 30.000,00 (per l'accesso alla misura assegno per l'autonomia) se adulto con disabilità;
 - o inferiore/uguale a € 25.000,00 (per l'accesso alla misura assistenza diretta-prestazioni sociali integrative) se adulto con disabilità o anziano;
- ✓ è in possesso di ISEE ordinario in corso di validità (scadenza 31.12.2026) **privo di omissioni e difformità:**
 - inferiore/uguale a 35.000 € (per accesso a buono sociale, assistenza diretta-prestazioni sociali integrative) se minore con disabilità;
- ✓ non è accolto in modo definitivo presso unità di offerta residenziali sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura residenzialità minori con gravissima disabilità);
- ✓ non è beneficiario della misura B1 ai sensi della DGR 6320/2026;
- ✓ non è ricoverato con sollievi a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- ✓ non è beneficiario del contributo PRO.VI. per onere assistente personale regolarmente impiegato;
- ✓ non è beneficiario della misura RSA Aperta ex DGR 7769/2018;
- ✓ non è beneficiario della misura HOME CARE PREMIUM/INPS HCP;
- ✓ non è beneficiario della prestazione universale (bonus anziani art. 34 D.Lgs. n.29 del 15.03.24);

DICHIARA INOLTRE

- ✓ di essere stato informato che le domande verranno accettate previa verifica dei requisiti e liquidate sino ad esaurimento dei fondi disponibili, secondo quanto stabilito nelle Linee Operative Territoriali;
- ✓ di essere stato informato che il possesso dei requisiti non implica l'automatico riconoscimento dei benefici;
- ✓ di essere stato informato che la valutazione dell'istanza sarà effettuata sulla base delle dichiarazioni rese e della documentazione allegata o già in possesso degli uffici responsabili dell'istruttoria;
- ✓ di impegnarsi a comunicare TEMPESTIVAMENTE al Comune di residenza e comunque entro 30 giorni dalla data di avvenimento qualunque fatto implichi la sospensione o l'interruzione dell'erogazione del buono sociale, secondo quanto stabilito nel testo della DGR 6320/2026 e nelle Linee Operative territoriali;
- ✓ in caso di riconoscimento di Buono Sociale finalizzato a compensare le prestazioni di assistente familiare impiegato con regolare contratto, di impegnarsi a fornire tempestivamente al Servizio Sociale di Base del proprio Comune di residenza le buste paga e i cedolini INPS attestanti il pagamento dei contributi per il periodo di validità del beneficio;
- ✓ in caso di ammissione della presente istanza nella graduatoria dei beneficiari della Misura Sostegno e della Misura Servizi (ex B2) ai sensi della DGR 6320/2026, di ACCETTARE INDEROGABILMENTE il contributo previsto secondo la propria situazione soggettiva, così come declinato nelle Linee Operative Territoriali;
- ✓ di essere a conoscenza che l'ATS ed il Comune, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, potranno procedere a idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n° 445, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n° 445/2000.

Qui di seguito vengono elencati solo a titolo esplicativo (non compilabile) gli interventi erogabili/assegnabili:

MISURA SOSTEGNO - ASSISTENZA INDIRETTA (ex L. 234/2021 art. 1 comma 164) CONTRIBUTI ECONOMICI

- **Buono caregiver familiare** previsto solo in presenza di caregiver familiare ai sensi della Legge 20/05/2016 n. 76¹
- **Buono assistente familiare**
- **Assegno all'autonomia in alternativa ai buoni sociali di cui sopra**

Si precisa che al Buono caregiver e al Buono assistente familiare è abbinato d'ufficio il **voucher di monitoraggio (D)** per beneficiari non in carico a SAD, ADI, Servizi diurni, Scuole, anche ai fini degli adempimenti previsti da Regione Lombardia.

MISURA SERVIZI - ASSISTENZA DIRETTA INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI

In quest'area si prevedono tre tipologie di strumenti:

- **Voucher per interventi di monitoraggio dei beneficiari di buono sociale non seguiti da Servizi/Scuole** (assegnabile d'ufficio dall'ambito e/o dal SSB)
- **Voucher per interventi specifici di natura prestazionale** anche abbinabile al buono sociale
- **Voucher per interventi di natura progettuale** che prevedono un'offerta articolata in termini di obiettivi e proposte (assegnabile in alternativa al buono sociale e al voucher prestazionale)

Si precisa che i voucher per interventi specifici di natura prestazionale e per interventi di natura progettuale sono assegnabili solo in presenza di caregiver familiare ai sensi della Legge 20/05/2016 n. 76

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati raccolti potranno essere comunicati, anche con strumenti informatici, nel rispetto delle previsioni del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento UE 679/2016, ai soggetti erogatori dei servizi, oltre che al Comune di residenza, all'Ufficio di Piano, all'ATS Brianza, all'ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia. L'informativa integrale sul trattamento dei dati personali è disponibile sui siti istituzionali dei diversi Enti che partecipano all'erogazione dei servizi.

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento Europeo 679/2016 e del D. Lgs 101/2018 si informa che i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per le finalità relative al/i procedimento/i amministrativo/i per il/i quale/i vengono comunicati. Tutti i dati che verranno in possesso dell'Ambito e dei soggetti eventualmente incaricati della gestione delle domande saranno trattati esclusivamente per le finalità previste dalle Linee Operative territoriali e nel rispetto dell'Art. 13 del Decreto 196/2003.

Data

Il presente documento verrà compilato in modalità digitale.
Si allega copia del documento di identità in corso di validità a comprova dell'identità del
dichiarante e a validazione della presente dichiarazione.

¹ caregiver familiare: è "la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di se', sia riconosciuto invalido in quanto bisogno di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18" (art. 1, comma 255, della legge 30 dicembre 2017, n. 205, richiamato altresì nella L.R. n. 23 del 22/11/22

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1) SE ISTANZA IN PROSECUZIONE CON L'ANNO 2025

- ☐ Copia del documento d'Identità **del dichiarante**;
- ☐ Se aggiornato rispetto all'anno precedente, copia verbale di invalidità civile in corso di validità. Riconoscimento dell'indennità di accompagnamento e/o dell'art. 3 comma 3 L.104/92;
- ☐ Se aggiornato rispetto all'ultimo pagamento ricevuto (a saldo della misura precedente) Modulo Iban (All.2) andrà compilato in formato digitale PDF editabile utilizzando l'applicazione di lettura di PDF (es. Adobe Acrobat) (non sarà quindi possibile raccogliere la firma autografa) e trasmesso come singolo allegato unitamente alla documentazione ivi indicata;

2) SE NUOVA ISTANZA ANNO 2026 -2027

- ☐ Copia del documento d'Identità **del dichiarante**;
- ☐ Copia del documento d'Identità **del beneficiario**;
- ☐ Copia della tessera Sanitaria **del beneficiario**;
- ☐ Se la domanda viene presentata da Amministratore di Sostegno, Curatore o Tutore, copia del documento di identità e copia del Decreto di nomina del tribunale;
- ☐ Eventuale altra documentazione sanitaria;
- ☐ Copia verbale di invalidità civile. Riconoscimento dell'indennità di accompagnamento e/o dell'art. 3 comma 3 L.104/92, in corso di validità (l'istanza può essere comunque presentata in attesa di definizione dell'accertamento. L'esito dell'accertamento deve pervenire entro il 23.10.2026, termine perentorio. Non è considerato valido il verbale di accertamento dell'alunno disabile;
- ☐ Qualora il Buono venisse richiesto per compensare le prestazioni di assistente familiare impiegato con regolare contratto: contratto di assunzione dell'assistente familiare e ultima buste paga già in possesso della famiglia;
- ☐ Modulo Iban (All.2) andrà compilato in formato digitale PDF editabile utilizzando l'applicazione di lettura di PDF (es. Adobe Acrobat) (non sarà quindi possibile raccogliere la firma autografa) e trasmesso come singolo allegato unitamente alla documentazione ivi indicata;

Il documento ISEE non dovrà essere allegato tuttavia la persona dovrà presentarlo al momento della trasmissione della domanda al fine di inserirne il valore all'interno dell'istanza.

I Servizi Sociali ai fini dell'istruttoria andranno a completare la documentazione secondo le specifiche dell'Ambito di riferimento.



Ufficio dei Piani

**MODALITA' DI LIQUIDAZIONE DEL CONTRIBUTO ECONOMICO
ai sensi delle Misure Sostegno e Servizi (ex Misura B2) DGR 6320/2026 Fondo Nazionale per le non
autosufficienze 2025-2027**

**(da compilare digitalmente con il sistema informatico es. Adobe Acrobat
non è possibile la sottoscrizione autografa sul documento analogico)**

(da compilare solo se nuova istanza o se Iban aggiornato rispetto all'ultimo pagamento ricevuto)

Ai sensi di quanto previsto nelle Linee Operative Territoriali per l'attuazione integrata degli interventi in favore di persone anziane non autosufficienti a basso bisogno assistenziale e persone con disabilità e necessità di sostegno intensivo elevato - per l'attuazione della DGR 6320/2026 Fondo Nazionale per le non autosufficienze 2025-2027 - **il contributo spettante sarà accreditato esclusivamente su IBAN intestato o cointestato al beneficiario della misura. Nel caso di minori, il contributo potrà eventualmente essere accreditato su IBAN intestato ai genitori. Non è possibile indicare come modalità di pagamento contanti, libretti postali o carte prepagate non associate a IBAN**

PERTANTO

Il sottoscritto _____ C.F.: _____ IN QUALITA' DI
DIRETTO INTERESSATO (i dati del Beneficiario, più sotto, vanno compilati anche se coincidenti con il diretto interessato)

Oppure

GENITORE DI MINORE ☐ FAMILIARE ☐ TUTORE LEGALE ☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Della persona anziana non autosufficiente o persona con disabilità in favore della quale è stata presentata istanza di valutazione

Nome Cognome _____ C.F.: _____

(da compilare anche se coincide con il diretto interessato)

CHIEDE

In caso di accettazione della domanda e di disponibilità di fondi, Il versamento del beneficio spettante su conto corrente bancario/postale

Intestato a

Presso (indicare la banca o l'ufficio postale) _____

Filiale/sede di _____

IBAN _____

Luogo _____ Data _____

IL DICHIARANTE

(NOME E COGNOME)

Allegati:

- Fotocopia documento di identità e codice fiscale del dichiarante;
- Fotocopia documento di identità e codice fiscale della persona anziana non autosufficiente o persona con disabilità in favore della quale è presentata istanza di valutazione.