

All. 1A

PIANO DI ZONA AMBITO TERRITORIALE VOGHERA E COMUNITÀ MONTANA OLTREPÒ PAVESE

All'Ufficio di Piano - Comune di Voghera  
Ambito Territoriale Voghera e Comunità Montana Oltrepò Pavese

DOMANDA DI ACCESSO ALLA MISURA SOSTEGNO E ALLA MISURA SERVIZI IN  
FAVORE DI PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI A BASSO BISOGNO  
ASSISTENZIALE E PERSONE CON DISABILITA' CON NECESSITA' DI SOSTEGNO  
INTENSIVO ELEVATO – AI SENSI DELLA DGR XII/6320/2026 - ANNO 2026

Il/la sottoscritto/a (cognome) .....(nome) .....

nato/a: ..... il ..... codice fiscale.....

residente a ..... in Via ..... n ..... CAP.....Prov. di.....

in qualità di (specificare il tipo di parentela con l'eventuale beneficiario) .....

Recapito telefonico (indicare sempre uno o più numeri di telefono specificando a chi corrispondono):

Tel. .... / ..... Sig. ....

Tel. .... / ..... Sig. ....

CHIEDE

L'ASSEGNAZIONE DELLA MISURA SOSTEGNO (ex buono sociale)

**Per compensazione delle prestazioni di assistenza assicurate dal care giver familiare**

**Destinatario dell'assistenza:**

Sig./sig.ra (cognome).....(nome) .....

nato/a: ..... il ..... codice fiscale.....

residente a ..... in Via ..... n ..... CAP.....Prov. di.....

Medico di famiglia..... Grado Invalidità .....

**Care giver:**

Sig./sig.ra (cognome).....(nome) .....

nato/a: ..... il ..... codice fiscale.....

residente a ..... in Via ..... n ..... CAP.....Prov. di.....

Grado di parentela .....

**Per prestazioni di personale di assistenza impiegato con regolare contratto**

**Destinatario dell'assistenza:**

Sig./sig.ra (cognome).....(nome) .....

nato/a: ..... il ..... codice fiscale.....

residente a ..... in Via ..... n ..... CAP.....Prov. di.....

Medico di famiglia..... Grado Invalidità .....

**Dati relativi all'assistente familiare:**

Sig./sig.ra (cognome).....(nome) .....

nato/a: ..... il ..... codice fiscale.....

residente a ..... in Via ..... n ..... CAP.....Prov. di.....

Tipologia contratto e orario dedicato.....

numero di ore settimanali.....

## CHIEDE

### L'ASSEGNAZIONE DELLA MISURA SERVIZI (ex interventi sociali integrativi)

#### Destinatario dell'assistenza:

Sig./sig.ra (cognome).....(nome) .....  
 nato/a: ..... il ..... codice fiscale.....  
 residente a ..... in Via ..... n ..... CAP.....Prov. di.....  
 Medico di famiglia..... Grado Invalidità .....

#### Care giver:

Sig./sig.ra (cognome).....(nome) .....  
 nato/a: ..... il ..... codice fiscale.....  
 residente a ..... in Via ..... n ..... CAP.....Prov. di.....  
 Grado di parentela .....

A tal fine allega:

- ☐ copia del certificato di accertamento della disabilità ai sensi della L. 104/92, art. 3 comma 3 e/o indennità di accompagnamento o con certificato della condizione di disabilità di cui al D Lgs. 62/2024;
- ☐ attestazione ISEE sociosanitario in corso di validità (ISEE ordinario in caso di minori);
- ☐ copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del beneficiario e del richiedente;
- ☐ eventuale copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno;
- ☐ in caso di presenza di Assistente familiare: contratto di lavoro stipulato con l'assistente familiare e relativo documento di identità in corso di validità;
- ☐ delega in caso di C/C non intestato al beneficiario del contributo.

Nelle more della definizione del processo di accertamento l'istanza può essere comunque presentata (la certificazione mancante deve essere presentata entro il 25.09.2026).

Inoltre, essendo a conoscenza dei criteri e dei benefici previsti dalla D.G.R. n. 6320/2026 e delle incompatibilità di questi con la fruizione di alcuni servizi ed interventi

## DICHIARA

che il destinatario dell'assistenza:

- è inserita in una Unità d'offerta residenziale sanitaria, socio-sanitaria o sociale ☐ NO ☐ SI;  
 (es. Residenza Sanitario assistenziale per Anziani, Residenza Sanitario Assistenziale per Disabili, Comunità Alloggio sociosanitaria, Hospice, Misura residenzialità per minori con gravissima disabilità, Comunità Alloggio Disabili, Comunità Educativa, ...)

- è inserita in una Unità d'offerta semiresidenziale socio-sanitaria o sociale ☐ NO ☐ SI;  
 (es. Centro Diurno per Disabili, Centro Diurno Integrato per anziani, Riabilitazione in diurno continuo, regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, Centro Socio educativo, Sperimentazione riabilitazione minori disabili diurna ...)

Se SÌ per un totale ore settimanale di \_\_\_\_\_

USUFRUISCE dei seguenti servizi/misure:

- misura RSA aperta (D.G.R. n. 7769/2018) ☐ NO ☐ SI eventuale data di dimissione\_\_\_\_\_
- quota di contributo previsto dalla Prestazione Universale di cui agli art.. 34-36 del D. Lgs. n. 29/2024 ☐ NO ☐ SI
- misura Home Care Premium/INPS ☐ NO ☐ SI  
specificare la tipologia di sostegno \_\_\_\_\_
- misura sostegno ex B1 (D.G.R. n. 6320/2026) ☐ NO ☐ SI
- altri contributi economici/misure di sostegno/servizi ☐ NO ☐ SI  
specificare \_\_\_\_\_

- A tal fine dichiara che il nucleo familiare di convivenza risulta così composto:

| Cognome e Nome | Grado di parentela/altro | Data di nascita |
|----------------|--------------------------|-----------------|
|                |                          |                 |
|                |                          |                 |
|                |                          |                 |
|                |                          |                 |
|                |                          |                 |
|                |                          |                 |

- che si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni relative alle condizioni economiche, al ricovero in istituto, ai cambiamenti anagrafici ed a qualsiasi altro evento che modifichi le dichiarazioni rese ai fini dell'erogazione di eventuali provvidenze economiche;
- di essere consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. n. 445/2000);
- per compensazione delle prestazioni di assistenza assicurate dal care giver familiare, il richiedente condivide e sottoscrive un progetto individualizzato con l'Assistente Sociale, che è soggetto a verifiche periodiche;
- per prestazioni di assistente familiare impiegato con regolare contratto, il richiedente dovrà regolarmente produrre la certificazione dei compensi erogati per sostenere il costo dell'assistente familiare.

In caso di assegnazione, l'erogazione del Misura Sostegno (ex buono sociale) sarà effettuata con bonifico bancario o postale intestato al titolare del beneficio

BANCA ..... filiale .....  
intestato a .....  
CODICE IBAN .....

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_