



**Città di Vigevano**

Provincia di Pavia



**Regione  
Lombardia**



**Settore Politiche Sociali- Culturali- Educative**

Servizio Programmazione e Piano Zona

AMBITO DISTRETTUALE DELLA LOMELLINA - Ufficio di Piano

## **LINEE GUIDA PER EROGAZIONE BUONO SOCIALE PER VITA INDIPENDENTE PER PERSONE CON DISABILITA' GRAVE – (FONDO NON AUTOSUFFICIENZE DGR 3719/2024)**

*Apertura 14/04/2025 ore 12.00*

*Chiusura 13/05/2025 ore 12.00*

### **FINALITA' DEL BUONO SOCIALE**

Il buono sociale vita indipendente per persone con disabilità è finalizzato a sostenere progetti di vita indipendente di persone con disabilità non determinata da naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, con capacità di esprimere la propria volontà, di norma maggiorenni, che intendono realizzare il proprio progetto senza il supporto del caregiver familiare, **ma con l'ausilio di un assistente personale**, autonomamente scelto e regolarmente impiegato, assunto direttamente o attraverso soggetti privati che emettono regolare fattura.

### **REQUISITI PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE**

I destinatari devono essere in possesso dei requisiti di seguito elencati:

- Disabilità non determinata da naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità
- residenza nei Comuni facenti parte dell'Ambito Distrettuale della Lomellina;
- attestazione ISEE sociosanitario non superiore a € 30.000,00;
- di norma maggiorenni;
- ausilio di un assistente personale regolarmente assunto.

Il richiedente dovrà vivere solo, come risultante dallo stato di famiglia, senza il supporto del caregiver familiare.

I destinatari si impegnano, in caso di assenza di dichiarazione Isee, ad ottenere dichiarazione Isee e a comunicare importo attestazione entro 30 giorni dalla presentazione della domanda, pena la non procedibilità dell'erogazione del contributo

Si segnala che per ottenere l'attestazione ISEE, in molti casi, i CAAF sono disponibili anche con modalità on line e che la Dichiarazione può essere anche presentata direttamente dal richiedente per via telematica sul sito INPS, utilizzando il PIN dispositivo.

L'Ambito si riserva ogni verifica, anche in itinere, dei documenti e dichiarazioni presentati.

### **ENTITA' E DURATA DEL CONTRIBUTO DEL BUONO SOCIALE**

L'entità del buono sociale è definita fino ad un massimo di € 800,00 mensili.

L'esatto importo sarà pari al compenso erogato all'assistente familiare assunta dal richiedente comprensivo degli oneri contributivi o attraverso soggetti privati; resta inteso che non potrà superare il tetto di € 800,00 mensili.

Verrà richiesta copia dei pagamenti effettuati all'assistente familiare (busta paga, ricevuta versamenti contributi, eventuale fattura ente privato) per la definizione precisa dell'entità del buono.

Il contributo verrà concesso ai beneficiari aventi diritto a partire dalla mensilità di presentazione della domanda.

Il periodo di svolgimento della misura sarà da maggio 2025 ad aprile 2026.

I buoni sociali verranno concessi sino ad esaurimento del budget economico assegnato dall'Assemblea dei Sindaci a tale finalità.

## **MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE**

I richiedenti dovranno inviare la propria domanda, secondo lo schema allegato, al seguente indirizzo di posta elettronica **gr-ufficiodipiano@comune.vigevano.pv.it** specificando all'oggetto "Domanda per l'assegnazione di buono vita indipendente" o in copia cartacea presso gli Uffici del Piano di Zona in via Madonna degli Angeli 29/1, il giovedì dalle 15 alle 17.00.

La modulistica necessaria è reperibile sul sito internet di tutti i Comuni dell'Ambito Distrettuale della Lomellina.

Per maggiori informazioni è possibile contattare il seguente numero 0381/299.570

## **VALUTAZIONE DELLE DOMANDE**

A seguito della verifica da parte dell'Ufficio di Piano del possesso dei requisiti, la domanda verrà valutata con modalità integrata tra ATS e Piano di Zona attraverso "valutazione multidimensionale" presso il domicilio del richiedente, come previsto dalla normativa Regionale.

Qualora da detta valutazione risulterà la presenza dei requisiti ministeriali richiesti dal PRO.VI, potrà essere concesso il buono.

## **LIQUIDAZIONE DEL CONTRIBUTO AI BENEFICIARI**

Il contributo verrà liquidato trimestralmente dopo la verifica da parte dell'Assistente Sociale di riferimento delle prestazioni effettuate dall'assistente personale.

Qualora per qualsiasi evento (decesso, ricovero definitivo in struttura, ecc.) il beneficiario dovesse interrompere il rapporto lavorativo con l'assistente familiare, il buono verrà sospeso al verificarsi dell'evento.

Il Dirigente

Dott.ssa Laura Re Ferré\*

\* Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del testo unico D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, del D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82 e norme collegate, il quale sostituisce il testo cartaceo e la firma autografa.

AL COMUNE DI VIGEVANO  
ENTE CAPOFILA  
AMBITO DISTRETTUALE DELLA LOMELLINA

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a.....C.F.....Prov....

il.....

Residente in Via.....n°.....

Comune di.....Cap.....Prov.....

Indicare sempre uno o più numeri di telefono specificando a chi corrispondono (familiare, persona di riferimento ecc.): Tel...../.....Tel...../.....

E – mail di riferimento.....

**CHIEDE**

L'assegnazione del Buono Sociale per vita indipendente per persone con disabilità non determinata da invecchiamento o da patologie connesse alla senilità.

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

- di essere in possesso di disabilità non determinata da invecchiamento o da patologie connesse alla senilità
- di essere residente nel Comune di .....
- di vivere da solo;
- di essere maggiorenne;
- di avvalersi dell'ausilio di un assistente personale regolarmente assunto;

**DICHIARA inoltre**

- di essere in possesso di attestazione ISEE 2025 pari ad € .....
- di impegnarsi, in caso di assenza attestazione Isee, a produrre dichiarazione entro 30 giorni dalla presentazione della domanda, pena la non procedibilità dell'erogazione del contributo

**DICHIARA infine**

di essere a conoscenza che ai sensi del GDPR 679/2016, i propri dati personali verranno trattati per le esclusive esigenze procedurali e di autorizzare il trattamento degli stessi per le finalità istituzionali riferite all'ottenimento del beneficio di cui alla DGR 3719/2024

Il Sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente l'eventuale ricovero in struttura sanitaria o sociosanitaria.

L'eventuale contributo dovrà essere accreditato sul seguente C/C:

Banca ..... Agenzia .....

IBAN .....

Intestato a .....

Data.....

In fede

Il richiedente

Si allegano:

copia verbale invalidità o legge 104/92

copia del contratto di lavoro dell'assistente personale, ultima busta paga e versamento oneri contributivi, eventuale fattura;

copia documento di identità del richiedente