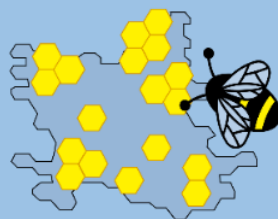


INDICAZIONI OPERATIVE PRESENTAZIONE ISTANZA ONLINE

**BANDO FNA DGR 6320/2026 DOMANDA DI PROSECUZIONE E DOMANDA DI
VALUTAZIONE/RIVALUTAZIONE MISURE SOSTEGNO E SERVIZI**

—

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI TREVIGLIO



**Risorsa Sociale
Gera D'Adda ASC**

PER IL CITTADINO:

- Collegarsi al seguente sito: <https://csi.ats-bg.it/SIOC/>
- L'accesso avviene mediante registrazione nella sezione «CREDENZIALI» (NO SPID NO CIE), dopo aver inserito MAIL e PASSWORD verrà inviato un codice di 6 cifre alla mail indicata;
- In caso di primo accesso effettuare la registrazione cliccando su "Non possiedi un account? Registrati adesso!"

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Bergamo Ovest

Sportello Istanze Online Cittadino

Accesso Cittadino / Organizzazione

Credenziali

SPID

Email

Password

Annulla

Accedi

[Password dimenticata?](#)

[Non possiedi un account? Registrati adesso!](#)

Accesso Cittadino

Inserisci il codice di verifica che ti è stato inviato per email.

Il codice scadrà tra **26 minuti**

Codice Verifica

Annulla

Procedi

Registrazione del cittadino a Sportello Istanze Online Cittadino

- Effettuare la registrazione dei dati anagrafici del cittadino richiedente o beneficiario. Compilare i dati richiesti al fine di generare le credenziali per effettuare l'accesso.

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Bergamo Ovest

Sportello Istanze Online Cittadino

Registrazione Utente

DATI ANAGRAFICI

Cognome

Nome

Sesso
Seleziona

Data Nascita

Luogo di Nascita

Codice Fiscale

Cittadinanza

In caso di stato estero selezionare lo stato

Per Conto di

Da compilare in caso di Organizzazione

RESIDENZA

Città

Indirizzo

Civico

CAP

DOMICILIO

Copia da residenza

Città

Indirizzo di domicilio

Civico

CAP

CONTATTI

!

L'indirizzo email indicato sarà lo username per poter effettuare il login. L'indirizzo PEC non è accettato.
Si richiede di inserire anche un recapito telefonico facilmente reperibile.
L'indirizzo email inserito è necessario per poter ricevere il codice di validazione che dovrà essere inserito nella prossima schermata.

Email

Conferma Email

Telefono

SCEGLI UNA PASSWORD

Password

Conferma Password

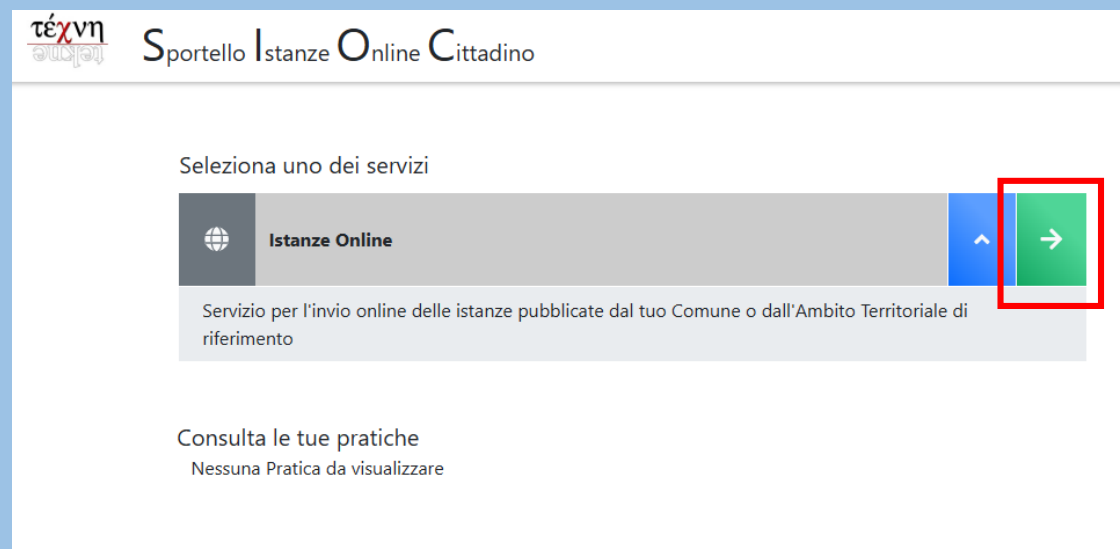
❏

❏

Criteri Password:

- deve essere composta da almeno 8 caratteri e non oltre 30
- deve contenere almeno un carattere maiuscolo
- deve contenere almeno un carattere minuscolo
- deve contenere almeno un carattere numerico
- deve contenere almeno un carattere speciale. I caratteri consentiti sono: @#\$%&'*_
- non deve essere uguale all'indirizzo email

- Ottenute le credenziali, selezionare «Istanze Online»

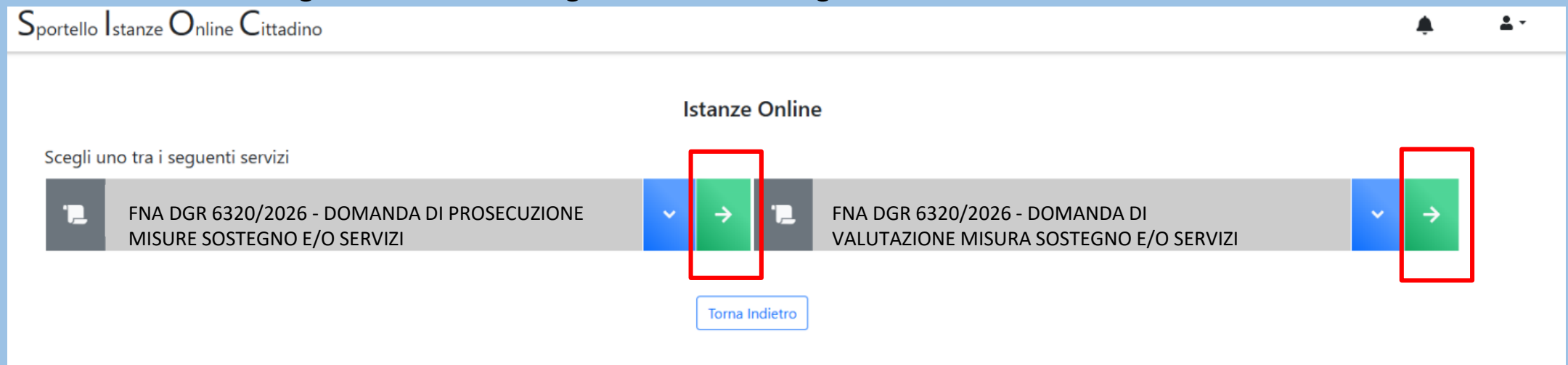


- Selezionare la persona interessata a presentare domanda (se coincide con la persona che effettua la richiesta) oppure inserire ulteriore beneficiario.

The screenshot shows the 'Sportello Istanze Online Cittadino' interface at the 'Scegli il beneficiario' step. At the top, there is a header with the logo and title, and a notification bell icon. Below the header, the text 'Scegli il beneficiario' is displayed. A table with three columns: 'Cognome Nome', 'Codice Fiscale', and 'Residenza' is shown. The first row of the table has a radio button in the first column and three blacked-out cells in the other columns. To the right of the table, a button labeled '+ Aggiungi Beneficiario' is highlighted with a red square. At the bottom of the form, there are two buttons: 'Torna Indietro' and 'Prosegui'.

➤ Dopo aver selezionato la persona interessata a presentare istanza, troverai due bandi aperti:

- **FNA DGR 6320/2026 DOMANDA DI PROSECUZIONE MISURE SOSTEGNO E/O SERVIZI**– (dal 15 settembre 2026 al 15 ottobre 2026): proseguire con questa domanda solo se si è stati beneficiari della Misura B2 - FNA 2025 (sia buono caregiver, buono assistente familiare e voucher)
- **FNA DGR 6320/2026 DOMANDA DI VALUTAZIONE/RIVALUTAZIONE MISURE SOSTEGNO E/O SERVIZI** - (domande dal 15 settembre 2026 al 30 ottobre 2027, salvo esaurimento risorse) proseguire con questa domanda solo se:
 - Persone NON beneficiarie della Misura B2 – FNA 2025;
 - Beneficiari della Misura B2 – FNA 2025 per cui si sono verificate variazioni significative delle proprie condizioni o esigenze tali da rendere necessaria una rivalutazione del bisogno e del progetto individualizzato
 - Minori beneficiari degli interventi integrativi sociali legati ai Centri Ricreativi Estivi Misura B2- FNA 2026



PER LA DOMANDA DI PROSECUZIONE:

➤ Compilare tutti i campi richiesti;

FNA DGR 6320/2026 - DOMANDA DI PROSECUZIONE MISURE SOSTEGNO E/O SERVIZI	
DICHIARAZIONI <i>Consapevole delle responsabilità derivanti da dichiarazioni false o mendaci, ai sensi del dpr 445/2000 e successive modificazioni DICHIARO</i>	
DI AVER PRESO VISIONE DEL BANDO IN OGGETTO *	☐ Presa visione
Valore dell'ISEE DEL BENEFICIARIO *	☐ Inferiore a € 40.000 per minori (ISEE ordinario) ☐ Inferiore ad € 25.000 per adulti (ISEE sociosanitario), compreso ISEE corrente o ISEE minorenni laddove previsto da normativa ☐ Inferiore a € 30.000,00 (ISEE sociosanitario) - SOLO PER ASSEGNO DI AUTONOMIA
SPECIFICARE VALORE ISEE *	10000,15 ← Inserire il valore dell'ISEE solo con la virgola dei decimali
RICHIESTA DI PROSECUZIONE DEL PROGETTO INDIVIDUALE IN ESSERE. DICHIARO:	
1) NON SONO INTERVENUTE VARIAZIONI RISPETTO ALLA PRECEDENTE VALUTAZIONE	☐ SI
2) SONO INTERVENUTE VARIAZIONI RISPETTO ALLA PRECEDENTE VALUTAZIONE, CHE NON INFLUISCONO SUL PROGETTO IN ESSERE (allegare documentazione attestante relativa alla modifica selezionata)	☐ CONDIZIONI CLINICHE ☐ SOSTITUZIONE DEL CAREGIVER ☐ RAPPORTO CONTRATTUALE DI ASSISTENZA ☐ DATI RESIDENZA / DOMICILIO ☐ CONTATTI PER LE COMUNICAZIONI ☐ DATI RELATIVI ALL'IBAN ☐ RICHIESTA DI CAMBIO ENTE
INFORMAZIONI SUL CARE GIVER FAMILIARE	
COGNOME NOME CAREGIVER *	(Max. 100 caratteri)
N. TELEFONO *	(Max. 100 caratteri)
INDIRIZZO EMAIL *	(Max. 100 caratteri)

INDIRIZZO EMAIL *

(max. 100 caratteri)

N. ORE GIORNALIERE DI ASSISTENZA GARANTITE DAL CAREGIVER *

(max. 10 caratteri)

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE GARANTITA DAL CAREGIVER *

DICHIARAZIONE POSSESSO REQUISITI

Dichiaro che il beneficiario possiede i seguenti requisiti *

FREQUENZA UNITA' D'OFFERTA SEMIRESIDENZIALE SANITARIA, SOCIO-SANITARIA O SOCIALE

Specificare il numero di ore frequentate SETTIMANALMENTE

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?

(max. 100 caratteri)

AUTODICHIARAZIONE E FIRMA

AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 CON L'INVIO DELL'ISTANZA IL CITTADINO DICHIARA DI SOTTOSCRIVERE DIGITALMENTE LA DOMANDA

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 e ss. Regolamento UE n. 2016/679 (G.D.P.R.), relativo alla protezione del dato personale

In caso di firma di un Solo Genitore/tutore/affidatario:

?/I/La sottoscritto/a, conformemente alle disposizioni in materia di autocertificazione e consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver rilasciato la predetta autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori?

- ☐ IGIENE PERSONALE (COMPRESO VESTIRE/SVESTIRE) E/O GESTIONE CONTINENZA
- ☐ ALIMENTAZIONE (COMPRESA PREPARAZIONE E SOMMINISTRAZIONE)
- ☐ MOBILITA' (TRASFERIMENTI, PASSAGGI POSTURALI, DEAMBULAIZONE, SPOSTAMENTI,...)
- ☐ GESTIONE TERAPIA (COMPRESA FARMACOLOGICA, DI SUPPORTO NUTRIZIONALE, RESPIRATORIO, ...)
- ☐ SUPPORTO SOCIALE E ALLA COMUNICAZIONE (COMPRESO GESTIONE COMPORTAMENTO PROBLEMA)

- ☐ Condizione di gravita' cosi' come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 oppure beneficiare dell'indennita' di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988;
- ☐ Limitata o assente autonomia motoria nello svolgimento delle attività della vita quotidiana e fragilità sociale
- ☐ Per richiesta della misura BUONO SOCIALE ASSISTENTE FAMILIARE PROFESSIONALE, di avvalersi di personale di assistenza (per assistenza tutelare ad es. badante, ausiliario socioassistenziale - es. ASA/OSS, assistente personale, assistente familiare iscritto al Registro Assistenza familiare ex L.R. n. 15/2015, ...) regolarmente assunto
- ☐ E' consapevole del fatto che l'effettuazione di una valutazione multidimensionale della propria situazione può richiedere documentazione integrativa e l'accesso domiciliare da parte di personale di Ambito e Comune di residenza
- ☐ E' a conoscenza che l'Ambito Territoriale, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, potranno procedere a idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle normative vigenti nonché l'eventuale segnalazione all'Autorità giudiziaria competente
- ☐ Si impegna a comunicare tempestivamente al Comune di Residenza qualunque variazione che implichi la rimodulazione, sospensione o l'interruzione della Misura secondo quanto previsto dalla normativa vigente

☒ Dichiaro di sottoscrivere digitalmente la domanda

☒ Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 e ss. Regolamento UE n. 2016/679 (G.D.P.R.), relativo alla protezione del dato personale, come da bando pubblicato sul sito di Risorsa Sociale Gera d'Adda (www.risorsasociale.it)

☐ CONSENSO INFORMATO GENITORE

Torna Indietro

Salva e Prosegui

Compilati i dati richiesti, cliccare «Salva e Prosegui»

PER LE DOMANDE DI VALUTAZIONE/RIVALUTAZIONE:

➤ Compilare tutti i campi richiesti,

FNA DGR 6320/2026 - DOMANDA DI VALUTAZIONE MISURE SOSTEGNO E/O SERVIZI

DICHIARAZIONI

Consapevole delle responsabilità derivanti da dichiarazioni false o mendaci, ai sensi del dpr 445/2000 e successive modificazioni DICHIARO

DI AVER PRESO VISIONE DEL BANDO IN OGGETTO *

☐ Presa visione

Valore dell'ISEE DEL BENEFICIARIO *

- ☐ Inferiore a € 40.000 per minori (ISEE ordinario)
- ☐ Inferiore ad € 25.000 per adulti (ISEE sociosanitario), compreso ISEE corrente o ISEE minorenni laddove previsto da normativa
- ☐ Inferiore a € 30.000,00 (ISEE sociosanitario) - SOLO PER ASSEGNO DI AUTONOMIA

SPECIFICARE VALORE ISEE *

RICHIESTA DI VALUTAZIONE / RIVALUTAZIONE

CHIEDO LA VALUTAZIONE / RIVALUTAZIONE DEL MIO PROGETTO INDIVIDUALE

☐ SI

Qualora si ipotizzasse un progetto con la Misura Servizi, indicare l'ipotetico Ente da coinvolgere. Diversamente scrivere "NESSUNO". *

INFORMAZIONI SUL CARE GIVER FAMILIARE

COGNOME NOME CAREGIVER *

(Max. 100 caratteri)

N. TELEFONO *

INDIRIZZO EMAIL *

N. ORE GIORNALIERE DI ASSISTENZA GARANTITE DAL CAREGIVER *

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE GARANTITA DAL CAREGIVER *

DICHIARAZIONE POSSESSO REQUISITI

Dichiaro che il beneficiario possiede i seguenti requisiti *

- ☐ IGIENE PERSONALE (COMRPESO VESTIRE/SVESTIRE) E/O GESTIONE CONTINENZA
- ☐ ALIMENTAZIONE (COMPRESA PREPARAZIONE E SOMMINISTRAZIONE)
- ☐ MOBILITA' (TRASFERIMENTI, PASSAGGI POSTURALI, DEAMBULAIZONE , SPOSTAMENTI,...)
- ☐ GESTIONE TERAPIA (COMPRESA FARMACOLOGICA, DI SUPPORTO NUTRIZIONALE, RESPIRATORIO,)
- ☐ SUPPORTO SOCIALE E ALLA COMUNICAZIONE (COMPRESO GESTIONE COMPORTAMENTO PROBLEMA)

- ☐ Condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 oppure beneficiare dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988;
- ☐ Limitata o assente autonomia motoria nello svolgimento delle attività della vita quotidiana e fragilità sociale
- ☐ Per richiesta della misura BUONO SOCIALE ASSISTENTE FAMILIARE PROFESSIONALE, di avvalersi di personale di assistenza (per assistenza tutelare ad es. badante, ausiliario socioassistenziale - es. ASA/OSS, assistente personale, assistente familiare iscritto al Registro Assistenza familiare ex L.R. n. 15/2015, ...) regolarmente assunto
- ☐ E' consapevole del fatto che l'effettuazione di una valutazione multidimensionale della propria situazione può richiedere documentazione integrativa e l'accesso domiciliare da parte di personale di Ambito e Comune di residenza
- ☐ E' a conoscenza che l'Ambito Territoriale, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, potranno procedere a idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle normative vigenti nonché l'eventuale segnalazione all'Autorità giudiziaria competente
- ☐ Si impegna a comunicare tempestivamente al Comune di Residenza qualunque variazione che implichi la rimodulazione, sospensione o l'interruzione della Misura secondo quanto previsto dalla normativa vigente

FREQUENZA UNITA' D'OFFERTA SEMIRESIDENZIALE SANITARIA, SOCIO-SANITARIA O SOCIALE

Specificare il numero di ore frequentate SETTIMANALMENTE

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...

AUTODICHIARAZIONE E FIRMA

AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 CON L'INVIO DELL'ISTANZA IL CITTADINO DICHIARA DI SOTTOSCRIVERE DIGITALMENTE LA DOMANDA

☐ Dichiaro di sottoscrivere digitalmente la domanda

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 e ss. Regolamento UE n. 2016/679 (G.D.P.R.), relativo alla protezione del dato personale

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 e ss. Regolamento UE n. 2016/679 (G.D.P.R.), relativo alla protezione del dato personale, come da bando pubblicato sul sito di Risorsa Sociale Gera d'Adda (www.risorsasociale.it)

In caso di firma di un Solo Genitore/tutore/affidatario:

☐ CONSENSO INFORMATO GENITORE

"Il/La sottoscritto/a, conformemente alle disposizioni in materia di autocertificazione e consapevole delle conseguenze amministrative e penali"

Compilati i dati richiesti, cliccare «Salva e Prosegui»

1 STEP 1

2 STEP 2

3 STEP 3

Allega i Documenti

E' possibile caricare solamente i seguenti formati: PDF.
Massima dimensione consentita per file: 10 MB

CARTA D'IDENTITA' BENEFICIARIO

Scegli file Nessun file selezionato

CODICE FISCALE BENEFICIARIO

Scegli file Nessun file selezionato

CARTA D'IDENTITA' RICHIEDENTE (SE DIVERSO DAL BENEFICIARIO)

Scegli file Nessun file selezionato

CODICE FISCALE RICHIEDENTE (SE DIVERSO DAL BENEFICIARIO)

Scegli file Nessun file selezionato

COPIA CONTRATTO ASSISTENTE FAMILIARE

Scegli file Nessun file selezionato

COPIA DECRETO DI NOMINA FIGURA TUTELARE

Scegli file Nessun file selezionato

ATTESTAZIONE DI VARIAZIONE DELLA CONDIZIONE

Scegli file Nessun file selezionato

Torna Indietro

Prosegui

- PER LE DOMANDE DI PROSECUZIONE: inserire i documenti sopracitati solo in caso di variazioni rispetto all'anno scorso;
- PER LE DOMANDE DI VALUTAZIONE: obbligatori Carta D'Identità e Codice Fiscale del beneficiario e del richiedente, qualora fossero persone diverse;
- Una volta inseriti cliccare «Prosegui».



1 STEP 1

2 STEP 2

3 STEP 3

Conferma e Invia

La procedura di caricamento dei dati è conclusa.
Clicca su tasto **INVIA** per confermare i dati e inviare la richiesta.

Nella homepage, nella sezione "**Consulta le tue pratiche**", sarà possibile scaricare la **ricevuta** dell'avvenuta trasmissione.
Nella ricevuta sono presenti tutte le **informazioni utili** per la gestione della pratica.

Sarà sempre possibile consultare lo **stato** della pratica accedendo al sito.

Torna Indietro

Invia

Selezionare «Invia» dopo aver controllato i dati inseriti. L'istanza risulta così presentata ed è possibile prendere visione della ricevuta di presentazione e in tempo reale lo stato della pratica.