



AZIENDA SPECIALE CONSORTILE "OVEST SOLIDALE"

BUONO SOCIALE

Cat. 7 cl. 12 f. 11

**Al Comune di Travagliato
Ufficio Servizi Sociali**

Il sottoscritto _____

nato a _____ provincia di _____

il _____, codice fiscale: _____

CHIEDE

l'erogazione del Buono sociale per persone non autosufficienti (DGR 5940/2016)

Recapito presso il quale si desidera avere le comunicazioni relative alla richiesta di Buono sociale:

Cognome _____ Nome _____

Via _____ n. _____ Comune di _____

provincia di ___ cap. _____ Tel. ____/_____.

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità pienamente consapevole delle conseguenze penali in merito a false dichiarazioni:

- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino: _____ (specificare);
- di essere nato a _____ il _____;
- di essere residente nel Comune di _____ Via _____
- n. _____;
- essere persona in condizioni di non autosufficienza, ai sensi dell'allegato 3 al DPCM n.



AZIENDA SPECIALE CONSORTILE “OVEST SOLIDALE”

BUONO SOCIALE

159/2013 residenti in uno dei Comuni appartenenti all'ambito n. 2;

- essere assistiti a domicilio in maniera continuativa;
- avere un I.S.E.E., ai sensi del DPCM 159/2013, non superiore a € 12.000,00 calcolato sulla base dei redditi 2015;
- essere in possesso della certificazione di totale inabilità (100%) rilasciata dalla competente commissione sanitaria dell'ASL per l'accertamento dell'invalità civile;
- percepire l'indennità di accompagnamento;
- non essere inserito in maniera continuativa in una struttura residenziale
- che all'interno del nucleo familiare sono presenti n. _____ altre persone non autosufficienti che hanno fatto domanda per il medesimo bando;
- di frequentare/non frequentare (*eliminate risposta falsa*) servizi diurni socio sanitari o socio assistenziali (CDD, CSE, SFA, CDI);
- di essere/non essere (cancellare quella sbagliata) in carico al 31.10.2016 alla misura B1;
- di essere/non essere (cancellare quella sbagliata) in carico al 31.10.2016 alla misura B2;
- che il Buono sociale verrà utilizzato per acquisire prestazioni finalizzate alla permanenza al domicilio garantite dalle seguenti persone:

Assistenza prestata da		Ore settimanali	cognome e nome	Grado di parentela	Conviventi	
care giver familiari	assistenti familiari retribuite - badanti				SI	NO



AZIENDA SPECIALE CONSORTILE “OVEST SOLIDALE”

BUONO SOCIALE

L'eventuale erogazione del Buono Sociale dovrà avvenire:

- con accredito sul conto corrente bancario (intestato o almeno cointestato al beneficiario del buono): banca _____ IBAN _____
- ritiro in contanti presso la tesoreria del Comune di residenza (eventuale delegato al ritiro: nome _____ cognome _____ C.F. _____).

A completamento della presente domanda si allega:

- certificazione ISEE;
- certificazione di totale inabilità (100%) rilasciata dalla competente commissione sanitaria dell'ATS per l'accertamento dell'invalidità civile;
- fotocopia di un documento d'identità;
- copia del contratto dell'Assistente Familiare.

Firma

In caso di impedimento del richiedente a firmare

Io sottoscritto _____ nato a il _____ documento di identità n.

_____ rilasciato da _____ (allegato alla presente domanda) in

qualità di:

- coniuge del richiedente il buono sociale;
- figlio/a del richiedente il buono sociale;
- parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado _____ (specificare);
- amministratore di sostegno, curatore, tutore.



AZIENDA SPECIALE CONSORTILE “OVEST SOLIDALE”

BUONO SOCIALE

sottoscrivo la presente richiesta a nome e per conto del Sig./della Sig.ra _____

impossibilitati alla firma per un impedimento temporaneo dovuto a problemi di salute.

Si allega:
fotocopia carta d'identità del firmatario.

Firma

Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".
Ai Sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 30.06.03 n. 196, ed in relazione ai dati personali che la riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue: il trattamento è indispensabile ai fini dell'accesso al beneficio; il trattamento è realizzato da personale del Comune di residenza e dell'Ufficio di Piano dell'Ambito distrettuale Brescia Ovest, anche con l'ausilio di mezzi informatici.
Preso atto dell'informativa di cui sopra, il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali che lo/a riguardano, funzionale agli scopi per il quale è posto in essere.

.....il.....

Firma.....