



INTESTAZIONE DEL COMUNE

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE

Il sottoscritto.....
Nato a.....il.....
Residente a..... in via Tel.....

C H I E D E

l'assegnazione del buono sociale ai sensi degli artt.15 e 16, comma 3 lettera d) ed e) Legge 328/2000, ai fini di favorire e sostenere l'impegno dei caregiver familiari o della rete informale di solidarietà nelle cure finalizzate ad assicurare la permanenza a domicilio.

A tal fine avvalendosi della facoltà concessa dall'art.46 del citato D.P.R. 28/12/2000 n.445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità,

D I C H I A R A

- di essere stato/a riconosciuto/a invalido/a al 100 % (come da copia verbale da allegare).
- di allegare la situazione economica del richiedente, indicata nel calcolo ISEE 2007 (come da copia della Dichiarazione sostitutiva unica delle condizioni economiche e come dall'attestazione ISEE),
- che il buono sociale viene utilizzato per sostenere i caregiver familiari o la rete informale di solidarietà nel prestare le cure necessarie per assicurare la permanenza a domicilio del soggetto richiedente,
- di impegnarsi a comunicare , ENTRO 7 GIORNI, direttamente o tramite un familiare:
 - l'eventuale ricovero in istituto di riabilitazione o in struttura residenziale;
 - eventuali altri motivi che facciano venir meno la necessità di cure domiciliari o il diritto alla concessione del buono sociale;
- di essere a conoscenza che ai sensi del D.P.R. 403/98 art.11, comma 1, si potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerge la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 403/98 art.11 comma 3, il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti;
- di scegliere ai fini dell'accreditamento dei benefici economici , una delle seguenti modalità di pagamento (allegare copia di documento d'identità e codice fiscale dell'intestatario del conto):
 - Direttamente sul conto Corrente bancario numero.....
Intestato a
Banca..... Agenzia.....
Comune.....Codice IBAN.....
Indirizzo e Codice fiscale dell'Intestatario.....
.....

Con BANCOPOSTA n. c/c , codice IBAN.....
intestato a.....
Indirizzo e Codice fiscale dell'Intestatario

La presente dichiarazione è resa nell'interesse del soggetto che si trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio , o in mancanza di questo, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale. (Barrare se ricorre questo caso)

Indicare i dati anagrafici della persona che dichiara nell'interesse del soggetto impedito:

Cognome e Nome.....grado di parentela.....
Luogo/data di nascita.....Comune di residenza.....
Indirizzo e n. civico.....n. tel.....

In applicazione all'art. 18 del Decreto Legislativo 196 del 30 Giugno 2003 si comunica che:

1. I dati richiesti sono necessari a determinare il diritto alla corresponsione del Buono per il sostegno familiare;
2. Il rifiuto a fornire i dati richiesti ha come conseguenza l'impossibilità ad accedere alla determinazione del Buono per il sostegno familiare;
3. Titolare del trattamento dei dati è il Comune di _____ via /piazza _____

Il sottoscritto, in relazione a quanto previsto dalla legge del 30 Giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", esprime il proprio consenso alla raccolta e al trattamento dei dati nella presente dichiarazione riportati, entro i limiti e secondo le finalità previste dalla stessa legge.

_____, ____/____/2008

Firma del dichiarante

RISERVATO ALL'UFFICIO

Si allegano i seguenti documenti, con i relativi punteggi:

- Scheda ADL=
- Scheda IADL=
- Carico della cura=
- Intensità della cura=
- Assegnazione assegno di accompagnamento= +11

FIRMA OPERATORE
