



INTESTAZIONE DEL COMUNE

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE per l'assistenza a domicilio di anziani non autosufficienti con l'intervento di assistenti familiari regolarmente assunti

Il sottoscritto (anziano per il quale si chiede il buono)

.....

Nato a.....il.....

Residente a..... in via Tel

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 al domicilio

PRESENTA DOMANDA PER

Buono sociale a favore di anziani non autosufficienti assistiti a domicilio con l'aiuto di un assistente familiare con permesso di soggiorno e regolarmente assunto.

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 residente in un comune dell'Ambito Isola Bergamasca e Bassa Val S. Martino
- di essere stato/a riconosciuto/a invalido/a al 100 % (come da copia del verbale da allegare);
- di allegare la situazione economica del nucleo familiare, indicata nel calcolo ISEE relativa all'anno 2007(come da copia della Dichiarazione sostitutiva unica delle condizioni economiche e come dall'attestazione ISEE);
- che il buono sociale viene utilizzato per prestare le cure necessarie per assicurare la permanenza a domicilio dell'anziano, attraverso l'assistenza da parte di un/una assistente familiare:
 - regolarmente assunto/a (allegare copia del contratto di lavoro)
 - per il/la quale sono state avviate le procedure di regolarizzazione, in questo caso il richiedente dovrà:
 - compilare la Dichiarazione d'intento di regolarizzazione;
 - presentare copia del contratto di lavoro entro 40 giorni dalla notifica dell'ottenimento del buono, in caso contrario perderà ogni diritto alla riscossione dello stesso che, comunque, sarà successiva alla documentazione richiesta.
- Di impegnarsi a comunicare , ENTRO 7 GIORNI, direttamente o tramite un familiare:
 - l'eventuale ricovero permanente in struttura residenziale;
 - l'eventuale cambiamento di assistente familiare o il decadere del rapporto di lavoro;
 - 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 emerga 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
intestato a.....
Agenzia Comune
Codice IBAN.....
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 comunale

Si allegano i seguenti documenti, con i relativi punteggi:

- Scheda ADL=
- Scheda IADL=
- Carico della cura=
- Intensità della cura=
- Assegnazione assegno di accompagnamento= +11
- Numero ore di lavoro previste da contratto: =
- Piano individualizzato

FIRMA OPERATORE