

ALLEGATO B

**“BANDO PER L’ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE O COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA (D.G.R. N. 5940/2016).
Approvato nell’Assemblea distrettuale di Casteggio in data 23/02/2017”.**

AL SINDACO
DEL COMUNE DI

DISTRETTO DI CASTEGGIO

DOMANDA PER L’ASSEGNAZIONE DI BUONO SOCIALE A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE O COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA (D.G.R. N. 5940/2016).

Il/la sottoscritto/a.....

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

Prov..... C.F.

Residente in Via.....n°.....

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

Tel. / Tel. /

Domicilio (se diverso dalla residenza):

Via.....n°.....

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

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

In qualità di:

- ☐ diretto interessato
ovvero
- ☐ parente (specificare)..... del soggetto non autosufficiente
- ☐ amministratore di sostegno

del sig./ra

Cognome e nome

Nato/a..... il

Prov.....C.F.....

Residente in Via.....n°.....

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

Domicilio (se diverso dalla residenza)

Via.....n°.....

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

CHIEDE

L'assegnazione del Buono Sociale finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate:

- ☐ dal caregiver familiare (autosoddisfacimento);
- ☐ dall'assistente personale impegnato con regolare contratto a favore del soggetto disabile grave o non autosufficiente per n. ore settimanali pari a
- ☐ progetto di vita indipendente;

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 condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 o beneficiario dell'indennità di accompagnamento;
- ✓ Di essere residente nel Comune di(PV);
- ✓ Di essere in possesso di conteggio ISEE pari ad € con scadenza .../.../.....;
- ✓ Che la persona che si occupa del beneficiario, in caso di caregiver familiare, è il/la Sig./Sig.ra
- ✓ Di essere a conoscenza che ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., 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 in oggetto;
- ✓ Di essere a conoscenza che il buono sarà erogato, solo se il richiedente raggiungerà la posizione utile in graduatoria, e comunque dopo l'esito positivo della valutazione del servizio sociale professionale o congiunta ATS/ASST/PDZ nella visita multidimensionale in caso di bisogni socio – sanitari;
- ✓ Di frequentare l'unità d'offerta semiresidenziale sociosanitaria o sociale (indicare la struttura frequentata e gli accessi di frequenza):
.....

Il Sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente l'eventuale ricovero in struttura sanitaria o socio sanitaria, la cessazione/modifica dei termini del contratto di assunzione dell'assistente familiare ovvero qualsiasi variazione dei requisiti dichiarati nella presente domanda

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

Banca Agenzia

IBAN

Intestato a (indicare nominativi e dati anagrafici)

Data.....

In fede

.....

Si allegano:

- 1) Attestazione ISEE in corso di validità;
- 2) Certificazione ai sensi della Legge 104/1992 e/o verbale di invalidità
- 3) Copia documento di identità del richiedente se diverso dal beneficiario;
- 4) Copia del documento di identità del soggetto non autosufficiente;
- 5) Copia del documento di identità del caregiver familiare;
- 6) Eventuale documentazione sanitaria attestante la diagnosi e comprovante la condizione di gravità;
- 7) Eventuale attestazione di frequenza a unità d'offerta semiresidenziali sociosanitarie o sociali.