

DOMANDA PER LA CONCESSIONE DEL BUONO SOCIALE
Per favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente

Il/la sottoscritto/a.....
Nato/aProv. di il.....
Residente in Via /Piazzan°.....
Comune diC.A.P.....Prov. di
C.F.....Tel.

CHIEDE

- Per se stesso
- Per il/la Sig/ra

Nato/a.....Prov. di il.....
Residente a..... in Via /Piazzan.
Con invalidità certificata pari a.....%

In qualità di parente o affine (specificare).....

di ottenere la concessione del buono sociale finalizzato all'autonomia e alla permanenza a domicilio della persona non autosufficiente.

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 74 del DPR 445 del 28/12/00 "Chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, firma atti falsi o ne fa uso, nei casi previsti dal presente T.U. è punito ai sensi del codice penale delle leggi speciali vigenti in materia...", sotto la propria responsabilità

DICHIARA

CHE IL SOTTOSCRITTO O LA PERSONA PER CUI SI CHIEDE IL BUONO SOCIALE

- è residente nel Comune di
- è cittadino italiano, o dell'U.E, o titolare di permesso di soggiorno per soggiornanti di lungo periodo (ex- Carta di soggiorno);
- ha un'invalidità civile pari o superiore al 74%, o invalidità sensoriale, certificata dalla Commissione medica dell'ASL;
- se minore, ha invalidità certificata dalla Commissione medica dell'ASL;
- non gode di misure di sostegno ai sensi della Legge 162/98;
- non è inserito presso strutture residenziali a tempo indeterminato;
- non frequenta un servizio diurno (es. Centro Diurno Integrato, Centro Diurno per minori, Centro Diurno Disabili o in Centro Socio Educativo ecc.) con onere parziale o totale a carico dell'ente

DICHIARA INOLTRE CHE

- (*barrare se sussiste la condizione*)

- il nucleo è composto dal solo richiedente

- al nucleo appartiene un solo soggetto con invalidità superiore al 74%
- al nucleo appartengono più soggetti con invalidità superiore al 74%
- (nel caso del minore disabile) è presente nel nucleo un solo genitore

- il beneficiario utilizzerà il buono sociale principalmente per (*barrare ciò che interessa*):

- far fronte alle spese derivanti dalla propria invalidità (**integrazione al reddito**)
- riconoscere l'impegno delle persone che in diversi modi gli forniscono aiuto, specificando che si tratta di (*barrare la casella corrispondente*):

Familiari	Assistenti familiari (colf o badanti <u>regolarmente</u> assunti)	Altri soggetti (es. volontari, vicini di casa, etc.)
-----------	--	---

Il sottoscritto o la persona per cui si chiede il buono sociale:

- **autorizza** eventuali visite domiciliari di operatori sociali del Comune ai fini dei controlli sull'assistenza prestata;

- **si impegna** a comunicare, al Settore Servizi Sociali del Comune, l'eventuale perdita dei requisiti o qualsiasi variazione o cessazione del bisogno che faccia venir meno la necessità di cure domiciliari e quindi comporti la sospensione o la revoca della concessione del buono sociale;

- **si impegna** a comunicare, al Settore Servizi Sociali del Comune, l'eventuale ricovero temporaneo, con degenza a tempo pieno, in strutture sanitarie (ad esclusione dell'ospedale) o socio-sanitarie;

- **prende atto** che ai sensi dell'art.13 del Dl.gs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi a cui il procedimento, per il quale si richiede la dichiarazione di cui sopra;

- **prende atto** inoltre che Sui dati dichiarati il Comune potrà effettuare controlli da parte degli organi preposti, ai sensi dell'articolo 71 del DPR n. 445 del 2000 e ai sensi degli articoli 4, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e 6, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221, e successive modificazioni

In caso di concessione del buono chiede che il pagamento avvenga:

direttamente al beneficiario

con delega attribuita al

Sig/ra

residente a in via

C.F.

Nelle seguenti modalità:

a cassa

tramite accredito sul c/c di cui al seguente codice IBAN

.....

ALLEGA

- Attestazione ISEE in corso di validità,

- Copia per ciascun soggetto riconosciuto invalido del relativo verbale rilasciato dalla Commissione ASL

- Copia permesso di soggiorno per soggiornanti di lungo periodo

- Copia del documento d'identità in corso di validità del soggetto che sottoscrive la domanda se diverso dal potenziale avente diritto

Data _____

In fede

**BUONO SOCIALE PER FAVORIRE L'AUTONOMIA E LA PERMANENZA A
DOMICILIO DELLA PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE
(da restituire al richiedente)**

Impegni del richiedente/beneficiario:

- **autorizza** eventuali visite domiciliari di operatori sociali del Comune ai fini dei controlli sull'assistenza prestata;
- **si impegna** a comunicare, al Settore Servizi Sociali del Comune, l'eventuale perdita dei requisiti o qualsiasi variazione o cessazione del bisogno che faccia venir meno la necessità di cure domiciliari e quindi comporti la sospensione o la revoca della concessione del buono sociale;
- **si impegna** a comunicare, al Settore Servizi Sociali del Comune, l'eventuale ricovero temporaneo, con degenza a tempo pieno, in strutture sanitarie (ad esclusione dell'ospedale) o socio-sanitarie;
- **prende atto** che ai sensi dell'art.13 del Dl.gs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi a cui il procedimento, per il quale si richiede la dichiarazione di cui sopra;
- **prende atto** inoltre che Sui dati dichiarati il Comune potrà effettuare controlli da parte degli organi preposti, ai sensi dell'articolo 71 del DPR n. 445 del 2000 e ai sensi degli articoli 4, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e 6, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n, 221, e successive modificazioni

Firma per presa visione e accettazione

Domanda presentata in data _____

Il Settore Servizi Sociali
