

ALLEGATO B

“BANDO PER L’ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE O NON AUTOSUFFICIENTI (D.G.R. N. 4249/2015). Approvato nell’Assemblea distrettuale di Casteggio in data 19/02/2016”.

AL SINDACO
DEL COMUNE DI

.....

DISTRETTO DI CASTEGGIO

**DOMANDA PER L’ASSEGNAZIONE DI BUONO SOCIALE FINALIZZATO A
COMPENSARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA A SOGGETTI DISABILI GRAVI
O NON AUTOSUFFICIENTI
(DGR X/4249 DEL 30.10.2015)**

Il/la sottoscritto/a.....

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

Prov..... C.F.

Residente in Via.....n°.....

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

Tel...../..... Tel...../.....

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

In qualità di:

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

Cognome e nome

Nato/a..... il

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

Residente in 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

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 stato riconosciuto/a invalido/a civile al 100% (come da verbale allegato n.....in data.....rilasciato dalla commissione sanitaria per accertamento degli stati di invalidità dell'A.S.L. di);
- ✓ di essere residente nel Comune di
- ✓ di essere in possesso di conteggio ISEE pari ad €con scadenza.....
- ✓ 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 di cui alla DGR X/4249 del 30.10.2015;
- ✓ 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 ASL/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 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) dichiarazione sostitutiva unica / conteggio ISEE;
- 2) copia verbale invalidità attestante il 100%;
- 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) attestazione di frequenza a unità d'offerta semiresidenziali sociosanitarie o sociali.