

**DOMANDA DI CONCESSIONE**  
**BUONO SOCIALE PER PERSONE CON DISABILITA' GRAVE E**  
**GRAVISSIMA CHE NECESSITANO DI ASSISTENZA DURANTE L'ARCO**  
**DELLA GIORNATA**  
**ANNO 2018**

Al Comune di .....  
.....

Spett.le  
Ufficio di Piano  
Ambito territoriale Distretto n° 6  
Piazza Formenti,1 MAGENTA

Il/la sottoscritto/a (nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

() PER SE STESSO

**oppure**

IN QUALITA' DI ( ) parente (specificare la parentela) \_\_\_\_\_  
( ) tutore/curatore e/o amm. di sostegno

**L'ASSEGNAZIONE DEL:**

€ Buono per assistente familiare regolarmente assunto/a

€ Buono per care giver familiare

**PER LA SEGUENTE PERSONA**

Signor/ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

A tal fine, sotto la propria responsabilità :

## DICHIARA

- che il valore ISEE è pari a € .....

**che la persona per la quale viene richiesto il buono si trova nelle seguenti condizioni di priorità:**

- € Persona in carico alla Misura B2 nell'annualità FNA precedente;
- € Persona di nuovo accesso che non ha beneficiato della Misura B2:
  - € Grandi vecchi non autosufficienti;
  - € Con età  $\geq 50$  anni che non beneficiano di altri interventi.
- € Persona che **non beneficia** di interventi o di sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti pubblici o privati o da Enti previdenziali (es. INPS/Home Care Premium).
- € Persona **non in carico** alla Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018. iscritta al Registro di assistenza familiare istituito dall'Ambito.
- € Ha assunto un'Assistente Familiare iscritta al Registro di Assistenza Familiare istituito dall'Ambito.

### Dichiara inoltre:

- Di fornire, secondo le tempistiche che saranno concordate con l'Ufficio di Piano, la documentazione utile ad attestare il supporto previsto dal progetto.
- Di essere consapevole delle responsabilità penali, ai sensi dell'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 Dicembre 2000 n° 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci.
- Di essere a conoscenza che sui dati richiesti potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'articolo 71 del DPR n° 445 del 2000;
- Di essere informato ai sensi del DGLS 196/2003 che i dati acquisiti:
  - sono forniti necessariamente per beneficiare del Buono richiesto;
  - sono raccolti dall'Ente ed utilizzati con strumenti informatici, al solo fine di erogare il buono richiesto.
- Di essere informato ai sensi del DGLS 196/2003 che il dichiarante può rivolgersi in ogni momento all'Ente per verificare i dati che lo riguardano e farli eventualmente aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento se trattati in violazione alla legge.

(luogo) \_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_ (firma ) \_\_\_\_\_

### Si allega alla presente:

- Certificazione di invalidità di cui al punto 1 lettera b);
- Attestazione ISEE;
- Dichiarazione delle coordinate bancarie;
- Scheda progetto, integrata con le schede ADL e IADL.
- Contratto di lavoro Assistente familiare per la richiesta di buono per assistente familiare regolarmente assunto.

*Nota: qualora la domanda presentata sia incompleta rispetto alla documentazione richiesta, questa sarà considerata non ammissibile e verrà rinviata al richiedente e al servizio sociale per la sua eventuale integrazione.*