

**DOMANDA PER LA CONCESSIONE
DEL BUONO SOCIALE MENSILE PER COMPENSARE LE PRESTAZIONI DI
ASSISTENZA ASSICURATE DEI FAMILIARI E/O PER ACQUISIRE LE
PRESTAZIONI DA ASSISTENTE PERSONALE
- ANNO 2017 -**

Al Comune di _____

Il/La sottoscritto/a..... nato/a il
a.....Codice Fiscale
residente in via/piazza
n.....telefono relazione di parentela con
l'assistito

**FA ISTANZA PER OTTENERE LA CONCESSIONE DEL BUONO SOCIALE
RELATIVO AL PERIODO 1 GENNAIO 2017 AL 31 DICEMBRE 2017**

A favore di
nato/a il.....a.....

Genere M. F.

Codice fiscale.....

residentevia/p.zza.....n.....

Domiciliato (indicare solo se diverso da indirizzo
residenza).....

A tal fine dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni
previste dagli artt.75 e 76 del medesimo D.P.R.:

o che l'assistito vive:

- solo
- madre /padre
- coniuge
- figlio
- altro (specificare) _____

o che il nucleo familiare dell'assistito è così composto (*indicare i componenti diversi
dall'eventuale beneficiario*):

RELAZ.(1)	COGNOME E NOME	ETÁ	ATTIVITA'	REDDITO (2)

(1) Indicare la relazione di parentela con l'eventuale beneficiario

(2) Indicare con SI o NO se percettore di reddito

- che l'attestazione ISEE - ordinario/ sociosanitario
- **Il valore dell'ISEE** in corso di validità all'atto della presentazione della domanda è pari a Euro _____;
- che al richiedente è stata riconosciuta:
Invalidità co indennità di accompagnamento SI NO
Legge 104/92 art. 3 comma 3 - SI NO
- che il richiedente **con decorrenza dal** _____ **ha assunto con regolare contratto** la/il Sig.ra/Sig. _____ **convivente/non convivente;**
- che il richiedente è assistito al domicilio dal familiare la/il Sig.ra/Sig. _____ **convivente/non convivente;**
- **scale di valutazione**
ADL punteggio: _____
IADL punteggio: _____
- **eventuale altra scala** _____
- **tipologia valutazione:** prima valutazione già beneficiaria della misura B2 al 30.10.2016
- **servizio ADI** - SI - NO
- l'eventuale erogazione del Buono dovrà avvenire:
 a mezzo accredito sul c/c bancario sul **conto intestato** o **cointestato** al beneficiario:

BANCA	INTEST. CONTO	CODICE IBAN

- mediante accredito sul c/c postale **intestato** o **cointestato** dal beneficiario n.Ufficio Postale di

Lì

FIRMA _____
(allegare fotocopia carta d'identità)

----- *(tagliare lungo la riga)*
COMUNE DI _____

Si attesta che in data odierna il/la Sig. ha presentato istanza per la concessione del Buono Sociale per l'anno 2017.

Lì

FIRMA _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Io sottoscritto/a Nato/a il

A..... Residente a

Via/Piazza N.

tel.....

Consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76, nonché di quanto previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000

DICHIARO

Di aver assunto con regolare contratto dalla data del _____

la/il sig.ra/sig. _____

oppure

Che il/la Sig.ra/re _____

presta assistenza in qualità di caregiver familiare.

.....
Luogo *data*

.....
(firma per esteso del dichiarante)

Informativa ai sensi DPR 196/03
“Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali”

Ai sensi del DPR 196/03 ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

- il trattamento è indispensabile ai fini dell'erogazione del buono sociale;
- è realizzato da personale della Comunità Montana di Valle Sabbia e dei Comuni anche con l'ausilio di mezzi elettronici.

Preso atto dell'informativa di cui sopra il/la sottoscritto/a

.....

Acconsente al trattamento dei dati personali che lo/la riguardano, funzionale agli scopi per i quali è posto in essere.

Luogo data

Firma