

Riservato al Comune

(timbro protocollo)

Al Comune di

.....
(Comune di residenza del beneficiario del buono sociale)

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE ANZIANI

Periodo 01.01.2011 - 31.12.2011

(modulo da compilare in stampatello)

RICHIEDENTE (beneficiario o parente/familiare/altro)

Il/la sottoscritto/a

Nato/a Prov. il

Residente Via/Piazza n.....

Telefono..... Codice fiscale (solo se beneficiario).....

CHIEDE

(barrare la voce che interessa)

In nome proprio

Per conto del beneficiario sotto riportato

BENEFICIARIO (compilare solo se si tratta di una persona diversa dal richiedente)

Cognome..... Nome.....

Nato/a..... Prov. il

Residente Via/Piazza n.....

Telefono Codice fiscale

Relazione di parentela con il richiedente

l'assegnazione del Buono Sociale ai sensi del Bando, approvato dalla Assemblea Distrettuale dei Sindaci di Lecco del 01.06.2011, e recepito dal Comune di Lecco – Ente Capofila dei Servizi Sociali d'Ambito, per sostenere l'attività di cura resa dai familiari/parenti/altro atta ad assicurare la permanenza a domicilio della persona fragile.

Specificare la motivazione per cui si richiede il buono sociale:

per caregiver

per sostegno alla spesa dell'assistente familiare (in questo caso occorre allegare alla domanda il contratto di lavoro).

A tal fine, a conoscenza del disposto dell'art.76 del DPR 445/2000 che testualmente recita:

1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia.
2. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.
3. Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli artt. 46 (certificazione) e 47 (notorietà) e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'art. 4 – 2° comma – (impedimento temporaneo) sono considerate come fatte a pubblico ufficiale.
4. (omissis).

fermo restando, a norma del disposto dell'art. 75 del DPR 445/2000, nel caso di dichiarazione non veritiera, la decadenza dei benefici eventualmente conseguiti e sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA CHE

(barrare la voce che interessa)

il richiedente

il beneficiario

1. è nato in data anteriore al 31.12.1945;
2. è stato riconosciuto/a invalido/a 100% (specificare se con diritto all'accompagnamento) , come da verbale numero in data , rilasciato dalla Commissione Sanitaria per l'accertamento degli stati invalidità dell'ASL di ;
3. ha un valore ISEE (indicatore di situazione economica equivalente) anno 2010 di Euro ;
4. ha provveduto a stipulare un regolare contratto di lavoro con l'assistente familiare in data - allegare il contratto di lavoro.
5. sostiene una spesa mensile lorda di Euro per la retribuzione dell'assistente familiare (da dichiarare solo se si richiede il Buono Sociale a sostegno della spesa per l'assistente familiare).

**Il richiedente
DICHIARA INOLTRE**

1. che il/la Sig./ra:

Cognome Nome	Data e luogo di nascita	Indirizzo di residenza e recapito telefonico	Relazione con l'anziano/a

si impegna a prestare/garantire al domicilio dell'anziano/a le cure e gli aiuti necessari.

2. di:

- essere l'unico componente della famiglia;
- vivere con altri familiari (come risulta dalla posizione anagrafica).

3. di:

- aver percepito nel 2010 pensioni di guerra o altre indennità esenti ai fini IRPEF (rendite INAIL, ecc.) per un importo mensile pari a Euro,
o altri benefici economici (Fondo Sostegno Affitto, ecc.) per un importo pari a Euro
- non aver percepito nel 2010 pensioni o altre indennità o altri benefici economici.

4. di autorizzare visite domiciliari di operatori sociali del Comune di residenza ai fini della valutazione della domanda e dei controlli sulla assistenza prestata;

5. di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Comune di residenza:

- eventuali ricoveri in struttura residenziale uguali o superiori a 5 giorni;
- eventuali variazioni di tipo anagrafico dell'interessato e/o del familiare/parente/altro convivente che presta l'assistenza;
- eventuali altri motivi che facciano venir meno la necessità delle cure rese dai familiari/parenti/altro.

Informativa ai sensi del D.lgs.vo 30.6.2003 n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali”

In relazione ai dati personali contenuti nella presente domanda e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

- Il trattamento è indispensabile ai fini dell'erogazione del buono sociale;
- Il trattamento è realizzato da personale dei Comuni e dai Servizi Sociali d'Ambito – Ente Capofila Comune di Lecco anche con l'ausilio di mezzi elettronici.

Preso atto dell'informativa il/la sottoscritto/a dichiarante

.....

acconsente al trattamento dei dati personali qui contenuti in quanto funzionali agli scopi per i quali è posto in essere.

Data

In fede
Il richiedente

.....