

Riservato al Comune
(timbro protocollo)

Al Comune di

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

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE DISABILI
Periodo 01.01.2010 - 31.12.2010

(modulo da compilare in stampatello)

RICHIEDENTE (beneficiario o parente entro il 4° grado o persona prevista dai casi di legge)

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 e recepito dall'Azienda Speciale Consortile "RETESALUTE", in qualità di Ente capofila, per sostenere le famiglie nella cura della persona disabile in situazione di gravità.

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 conseguite sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA CHE

(barrare la voce che interessa)

il richiedente

il beneficiario

1. è stato riconosciuto/a invalido/a 100% (specificare se con diritto di accompagnamento) , come da verbale numero in data , rilasciato dalla Commissione Sanitaria per l'accertamento degli stati invalidità dell'ASL di ;
2. è in possesso dello stato di gravità documentata dalla certificazione rilasciata dall'ASL ai sensi dell'art. 3 della legge n. 104/92 in data ;
3. è in possesso della certificazione specialistica dell'ASL o dell'ospedale o di un ente accreditato, rilasciato in data ;
4. ha un valore ISEE (indicatore di situazione economica equivalente) di Euro ;
5. che il progetto individualizzato riguarda:
 - soggiorno in località climatiche
 - intervento di assistenza domiciliare
 - frequenza a centro diurno estivo
 - inserimento di sollievo residenziale o diurno
 - percorso di accompagnamento verso emancipazione

Breve descrizione del progetto condiviso con l'Assistente Sociale del Comune di residenza

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. che la spesa preventivata è di circa Euro
 e che verrà successivamente rendicontata mediante documentazione amministrativa
 che attesti il pagamento della spesa effettivamente sostenuta;
7. di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Comune di residenza eventuali
 variazioni o motivi che facciano venire meno i requisiti di ammissibilità;
8. di scegliere, ai fini dell'accreditamento dei benefici economici, una delle seguenti
 modalità di riscossione:

- direttamente sul conto corrente postale
 codice IBAN.....
- direttamente sul conto corrente bancario
 codice IBAN.....
- a mezzo assegno circolare intestato al richiedente
- altra modalità (specificare)

**Alla domanda è opportuno allegare copia di certificazioni comprovanti l'esistenza
 dei requisiti di ammissibilità.**

**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 dell'ASL e dei Comuni 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

.....