Azienda Speciale Consortile
Medio Olona
Servizi alla Persona

Allegato 1

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DI BUONI SOCIALI A FAVORE DI PERSONE:

- ☐ ***CON DISABILITA' GRAVE***
- ☐ ***ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI***

(ai sensi della misura b2 della DGR 2883/2014 di Regione Lombardia)

RIAPERTURA

Al Comune di _____

IL RICHIEDENTE:

Il sig./la sig.ra (cognome)_____ (nome)_____
nato/a a _____ Prov. di_____ il _____
residente a_____in via_____n°_____
prov. _____codice fiscale_____
Tel _____

In qualità di ☐beneficiario, ☐tutore, ☐curatore, ☐amministratore di sostegno
☐familiare (specificare_____), ☐ altro (specificare_____)

Per conto del ***BENEFICIARIO*** sotto riportato (compilare solo se si tratta di persona diversa dal richiedente)

COGNOME_____NOME_____

NATO/A A_____PROV._____IL_____

RESIDENTE A_____VIA_____N°_____

PROV_____TEL_____

CODICE FISCALE_____

CHIEDE

L'assegnazione del Buono Sociale:

- ☐ **FINALIZZATO A COMPENSARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ASSICURATE DAL CAREGIVER FAMILIARE**
  (NOME e COGNOME DEL CAREGIVER FAMILIARE _____
  GRADO DI PARENTELA CON IL POSSIBILE BENEFICIARIO DEL BUONO_____)

- ☐ **FINALIZZATO A COMPENSARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ASSICURATE DA UN ASSISTENTE PERSONALE REGOLARMENTE ASSUNTO**
  (N° ORE SETTIMANALI _____)

secondo quanto definito nel documento "Criteri per l'erogazione di buoni sociali a favore di persone con disabilità grave e per anziani non autosufficienti".
A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, 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

a) IN CASO DI MINORE DISABILE GRAVE:

- Che il/la minore_____ è in possesso della certificazione di gravità rilasciata dalla Commissione Asl ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992 e della diagnosi funzionale con un livello di gravità grave/gravissimo, come da certificazioni allegate;
- Che il valore ISEE in corso di validità, riferito alle "*prestazioni agevolate di natura sociosanitaria*", secondo quanto previsto dall'art. 7 D.P.C.M. n° 159/2013, è pari a Euro _____come da certificazione ISEE allegata;
- Che il/la minore _____non frequenta nessuna unità d'offerta sociale/sociosanitaria.

b) IN CASO DI ADULTO DISABILE GRAVE:

- Che il sig/la sig.ra_____ è in possesso della certificazione d'invalidità 100% rilasciata dall'Asl, come da certificazione allegata;
- Che il valore ISEE in corso di validità, riferito alle "*prestazioni agevolate di natura sociosanitaria*", secondo quanto previsto dall'art. 6 comma 1 e 2 del D.P.C.M. n° 159/2013, è pari a Euro _____come da certificazione ISEE allegata;

- Che il sig/la sig.ra _____non frequenta nessuna unità d'offerta sociale/sociosanitaria.
- di essere in possesso/non essere in possesso dell'indennità di accompagnamento;

c) IN CASO DI PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE:

- Che il sig/la sig.ra_____ è in possesso della certificazione d'invalidità 100% rilasciata dall'Asl, come da certificazione allegata;
- Che il valore ISEE in corso di validità, riferito alle "*prestazioni agevolate di natura sociosanitaria*", secondo quanto previsto dall'art. 6 comma 1 e 2 del D.P.C.M. n° 159/2013, è pari a Euro _____come da certificazione ISEE allegata;
- Che il sig/la sig.ra _____non frequenta nessuna unità d'offerta sociale/sociosanitaria.
- di essere in possesso/non essere in possesso dell'indennità di accompagnamento;

- che il buono verrà utilizzato per sostenere gli interventi concordati con l'Assistente Sociale del Comune di residenza nel PAI;

- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni economiche che determinino la perdita del diritto alla concessione del titolo sociale;

- di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del D.P.R. 445/2000 art. 71, e s.m.i. potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità del contenuto delle dichiarazioni

- che la modalità di erogazione del beneficio economico avviene tramite accredito sul conto corrente:

NUMERO_____

INTESTATO/CO-INTESTATO A_____

BANCA_____

AGENZIA DI_____

CODICE IBAN

Luogo, data _____

Firma del richiedente o
del responsabile dell'assistenza

_____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003

Il sottoscritto _____prende atto che ai sensi dell'art.13 del Dl.gs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi a cui il procedimento, per il quale si richiede la dichiarazione di cui sopra.

In fede (firma)_____

Luogo, _____ Data_____

Si allega:

- Copia carta d'identità e codice fiscale del beneficiario e della persona richiedente (se diversa dal beneficiario);
- (Solo in caso di minore disabile) Copia certificazione di gravità ai sensi della L.104/92;
- (Solo in caso di minore disabile) Copia della diagnosi funzionale;
- Copia del Certificato d'invalidità;
- Attestazione ISEE;
- Documentazione comprovante la regolarizzazione dell'assistente personale;
- Altra documentazione attestante particolare stato di bisogno e di fragilità;
- Progetto Individuale di assistenza (PAI);
- Valutazione scale ADL e IADL; nel caso di minori disabili, valutazione scala elaborata dall'Azienda Speciale Consortile Medio Olona.