



ALLEGATO 1

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE FINALIZZATO A SOSTENERE I
RICOVERI DI SOLLIEVO TEMPORANEI PER DISABILI GRAVI ED ANZIANI NON
AUTOSUFFICIENTI**

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

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 contributo economico pari a € _____ per
il ricovero di sollievo presso la seguente unità di offerta _____ con
sede a _____

Per il periodo dal _____ al _____ Per tot n° di giorni _____



SI IMPEGNA

- a presentare documentazione comprovante la spesa sostenuta per il ricovero, senza la quale l'Azienda Speciale Consortile Medio Olona servizi alla persona non potrà erogare il contributo richiesto;
- a comunicare tempestivamente eventuali variazioni economiche che determinino la perdita del diritto alla concessione del contributo sociale;

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 D.Lgs 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;
- Altra documentazione attestante particolare stato di bisogno e di fragilità
- Progetto Individuale di assistenza (PAI)
- Valutazione scale ADL e IADL
- Documentazione comprovante la spesa sostenuta per il ricovero (da presentarsi per la liquidazione del contributo)