

PIANO DI ZONA



**ASSEMBLEA DEI SINDACI  
TAVOLO ZONALE DI PROGRAMMAZIONE DELL'AMBITO N. 6  
MONTE ORFANO  
Comuni di Adro, Capriolo, Cologne, Erbusco, Palazzolo sull'Oglio e Pontoglio**

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE  
A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE E PER ANZIANI  
NON AUTOSUFFICIENTI PRESSO IL CUI DOMICILIO OPERANO  
ASSISTENTI FAMILIARI REGOLARMENTE ASSUNTE  
DGR XI/7751 DEL 28/12/2022**

**ANNO 2023**

(Piano di Zona dell'Ambito Distrettuale n. 6 Monte Orfano)

ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI  
DEL COMUNE DI PALAZZOLO S/O  
Da inviare all'indirizzo mail:  
[protocollo@cert.comune.palazzolosulloglio.bs.it](mailto:protocollo@cert.comune.palazzolosulloglio.bs.it)

Protocollo  
(riservato al Comune)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

domiciliato a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'assegnazione del buono sociale, così come previsto nelle Linee Guida approvate dall'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito n.6 Monte Orfano per:

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità degli 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) di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_;
- b) di avere compiuto \_\_\_\_\_ anni alla data del 14 Aprile 2023;

c) di possedere un reddito ISEE socio sanitario in corso di validità (alla formazione del reddito ISEE concorrono gli elementi previsti dal DPCM 159/2013 elaborato ai sensi dell'art.6), pari ad € \_\_\_\_\_ ;

d) di essere in possesso di certificazione di non autosufficienza e/o disabilità grave (come da doc. allegata):

riconosciuto invalido al 100% con diritto all'indennità di accompagnamento

riconosciuto disabile grave in possesso di certificato di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92.

e) di **FREQUENTARE** unità d'offerta semiresidenziali socio/sanitarie o sociali

SI (indicare quale e dove) \_\_\_\_\_  NO

f) che nessuno/altri componenti del nucleo familiare ha/hanno presentato domanda per l'assegnazione del buono sociale (in caso di presentazione specificare i dati anagrafici del richiedente)

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

g) di essere assistito a domicilio in maniera continuativa come di seguito specificato:

1) cognome e nome di chi presta l'assistenza \_\_\_\_\_

(se lavoratore extracomunitario specificare gli estremi del permesso di soggiorno o gli estremi della ricevuta di presentazione della richiesta di regolarizzazione, e ricevute riferite al pagamento delle prestazioni come da contratto lavorativo)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2) Parente SI  NO  ;

3) Convivente SI  NO  ;

Recapito \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4) Monte ore giornaliero di assistenza \_\_\_\_\_

5) Tipo di prestazioni assistenziali garantite \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

h) di impegnarsi a comunicare, direttamente o mediante un familiare:

1) l'eventuale ricovero in struttura residenziale;

- 2) eventuali altri motivi che facciano venire meno la necessità di cure a domicilio o il diritto di concessione del buono;
- i) di non essere beneficiario di altre prestazioni incompatibili con l'erogazione del presente buono (es. Misura B1, Misura RSA Aperta di cui alla DGR 7769/2019, Misura Home Care Premium/INPS HCP);
- j) di autorizzare visite domiciliari dell'equipe di valutazione appositamente costituita, ai fini della valutazione della domanda e dei controlli sull'assistenza prestata;
- k) di essere a conoscenza che l'assegnazione del presente Buono esclude la possibilità di usufruire di analoghe provvidenze previste dalla Programmazione Zonale, aventi la finalità di sostenere la cura a domicilio di soggetti fragili,;
- l) di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese, il sottoscritto decadrà dai benefici ottenuti;
- m) di **INDICARE, OBBLIGATORIAMENTE, ENTRAMBE LE MODALITA' DI PAGAMENTO**, ai fini dell'accreditamento dei benefici economici:

1. accredito su c/c bancario n. \_\_\_\_\_, intestato a \_\_\_\_\_, presso la Banca \_\_\_\_\_ Ag. \_\_\_\_\_

<b>CODICE IBAN</b>																											

**(allegare copia cartacea del Codice IBAN:)**

2. ritiro presso lo sportello della tesoreria comunale tramite persona delegata al ritiro Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_;

\*\*\*\*\*

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati al Comune di Palazzolo sull'Oglio saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste Regolamento 679/2016/UE.

Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici.

Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Palazzolo sull'Oglio.

L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE.

L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici dell'Ente e consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo <http://www.comune.palazzolosulloglio.bs.it/sites/default/files/IMCE/privacy/6>

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.....

Firma.....

### SOTTOSCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE

- La presente dichiarazione è resa nell'interesse del soggetto che si trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio o, in mancanza di questo, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante (barrare la casella se ricorre il caso);
- La presente dichiarazione è resa in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale (barrare la casella se ricorre il caso);

*Se ricorre uno dei casi suddetti, ogni riferimento al "dichiarante", è da intendersi come riferimento al soggetto impedito o incapace nell'interesse o per conto del quale è redatta la dichiarazione.*

### INDICARE I DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CHE DICHIARA NELL'INTERESSE DEL SOGGETTO IMPEDITO O IN NOME E PER CONTO DEL SOGGETTO INCAPACE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Grado di parentela o relazione con l'interessato \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

**(allegare fotocopia carta d'identità e codice fiscale)**

Luogo e data

In fede

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Allegati:
- Copia verbale d'invalidità civile e/o certificazione disabilità grave ai sensi dell'art.3 com. 3 L.104/92;
  - Attestazione ISEE, ai sensi del DPCM 159/2013;
  - **Fotocopia della carta d'identità in corso di validità e codice fiscale del beneficiario e del richiedente qualora persona diversa dal beneficiario.**