

AMBITO DISTRETTUALE N. 6
Comuni di Adro, Capriolo, Cologne, Erbusco,
Palazzolo sull'Oglio e Pontoglio

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL VOUCHER SOCIALE
A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE PER
L'ACQUISTO DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE (PASTI) ANNO 2016
(Piano di Zona dell'Ambito Distrettuale n. 6 Monte Orfano)

ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI
DEL COMUNE DI _____

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 voucher sociale, così come previsto nelle Linee Guida approvate dall'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito n.6 Monte Orfano.

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 31.12.2015;
- c) di possedere ISEE socio – sanitario in corso di validità (alla formazione del reddito ISEE concorrono gli elementi previsti dal DPCM 159/2013), pari ad € _____, **in ragione dei tempi previsti per il rilascio dell’attestazione ISEE la domanda può essere presentata con la sola DSU ed integrata successivamente con la presentazione dell’attestazione ISEE;**

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 sostenere, spese del valore di € _____ giornalieri e di impegnarsi a produrre documentazione delle spese sostenute per il periodo oggetto del finanziamento;
- 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 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;

h) di essere a conoscenza che l’assegnazione del presente Voucher esclude la possibilità di usufruire di analoghe provvidenze previste dalla Programmazione Zonale, aventi la finalità di sostenere la cura a domicilio di soggetti fragili,;

i) 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;

j) di scegliere, ai fini dell’accreditamento dei benefici economici, la seguente modalità di pagamento:

- accredito su c/c bancario n. _____, intestato a _____, presso la _____

Banca _____ Ag. _____

(cod. IBAN _____ (allegare copia cartacea del Codice IBAN);

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

Informativa ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30.06.2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Ai soggetti del D. Lgs. N. 196 del 30.06.2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", la informiamo di quanto segue:

- il trattamento dei suoi dati personali è indispensabile ai fini dell'erogazione del buono sociale da lei richiesto e viene realizzato dal personale dei servizi sociali di ambito nonché da personale dei servizi socio-sanitari del territorio, anche con l'ausilio di mezzi informatici.

Preso atto dell'informativa di cui sopra, il/la sottoscritto/a _____ acconsente al trattamento dei dati personali finalizzati all'erogazione della prestazione richiesta.

_____, li _____ in fede _____

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. com. 3 L.104/92;
- Attestazione ISEE, ai sensi del DPCM 159/2013. **In ragione dei tempi previsti per il rilascio dell'attestazione ISEE la domanda può essere presentata con la sola DSU ed integrata successivamente con la presentazione dell'attestazione ISEE entro 1 mese dalla data di scadenza per la consegna della domanda;**
- Pezze giustificative spese sostenute;
- Fotocopia della carta d'identità in corso di validità e codice fiscale del beneficiario e del richiedente qualora persona diversa dal beneficiario.