

Ambito territoriale Oglio Ovest – L. 328/00

Distretto n°7

COMUNI DI CASTELCOVATI, CASTREZZATO, CAZZAGO S/M, CHIARI, COCCAGLIO, COMEZZANO-CIZZAGO,
ROCCAFRANCA, ROVATO, RUDIANO, TRENZANO, URAGO D'OGLIO

NON COMPILARE - RISERVATO AL COMUNE

Data di Presentazione N. Domanda

SPETT.LE COMUNE DI _____

DOMANDA BUONO SOCIALE A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE / ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITI AL PROPRIO DOMICILIO DA CAREGIVER FAMILIARE – ANNO 2018

(AI SENSI DELLA DGR X/7856/2018)

...I.... sottoscritt.....

nat.....a.....prov.....il.....

residente in.....(c.a.p.).....

Via/Piazza.....n°.....

In qualità di Amministratore di Sostegno di

Nome.....Cognome.....

nat.....a.....prov.....il.....

residente in.....(c.a.p.).....

Via/Piazza.....n°.....

Codice fiscale.....;

CHIEDE

Di usufruire del Buono Sociale a favore di persone con disabilità grave / anziani non autosufficienti assistiti al proprio domicilio da caregiver familiare - anno 2018

1

Settore 3 Sociale

Area Piano di Zona– Legge 328/00

Responsabile dott.ssa Rosa Simoni

c/o Servizi Sociali Piazza Martiri della libertà, 26 - Comune di Chiari

tel. 030 7008254 - fax 030 7008258

e-mail: upservizisociali@comune.chiari.brescia.it

Ambito territoriale Oglio Ovest – L. 328/00

A tal fine, consapevole delle sanzioni civili e penali a cui incorre in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più corrispondenti a verità, giusto il disposto dell'art. 26 della legge n°15/68,

DICHIARA CHE IL PROPRIO AMMINISTRATO

- A) È nat....aprov.....il.....
- B) E' residente in.....
- C) che il nucleo familiare dell'amministrato, come definito dallo Stato di famiglia, è formato dalle seguenti persone

| Cognome e nome | rapporto di parentela con il richiedente |
|----------------|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

- D) ha reddito ISEE ordinario pari a euro.....
- E) E' in possesso di certificazione di disabilità grave ai sensi della l. 104 art. 3, comma 1 e 3 o invalidità al 100% con indennità di accompagnamento
- F) E' assistito presso il proprio domicilio da parte di un caregiver familiare
- G) è nelle seguenti condizioni: (**Barrare i requisiti presenti**):

- Beneficiario della Misura B2 anno 2017
- Non beneficiario della Misura B2 anno 2017
- Età ≥ 50 anni non beneficiario di altri interventi
- Ultra 85enni non autosufficienti
- NON essere beneficiari di interventi o sostegni integrativi di carattere assistenziale
- Essere beneficiari di altri interventi/servizi
- Anziano non autosufficienti NON in carico alla Misura RSA aperta ex DGR n.7769/2018

H) di FREQUENTARE unità d'offerta semiresidenziali socio/sanitarie e/o sociali (Cdd, Cse, Sfa):

Si

No

Ambito territoriale Oglio Ovest – L. 328/00

- I) E' consapevole che, a seguito della definizione della graduatoria, per gli aventi diritto, il servizio sociale comunale effettuerà una visita domiciliare al fine di redigere il PI (progetto individualizzato), parte integrante della documentazione da allegare alla domanda e presupposto perchè possa essere erogato il buono sociale. Tale documento dovrà essere sottoscritto dal servizio sociale comunale e dall'utente stesso beneficiario del buono sociale.
- J) di voler riscuotere il buono sociale tramite accredito sul conto corrente bancario a me intestato o cointestato:

.....(SI).....(NO).....

Codice IBAN : vedi documento rilasciato da Banca

BANCA FILIALE di

- K) in caso di risposta negativa al punto I), di variazione o di chiusura del conto corrente sopra indicato, di delegare alla riscossione in contanti ..l.. sig..... nato a ..
..... il residente a in via ..
..... telefono codice fiscale

La presente delega se non revocata ha durata illimitata

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni relative al ricovero in Istituto (RSA), ai cambiamenti anagrafici ed ogni altro evento che modifichi le dichiarazioni rese.

Io sottoscritto.....

Dichiaro

di essere consapevole che il Buono sociale in oggetto è incompatibile con un altro intervento relativo alla Dgr 7856/2018, Misura B1

e di informare tempestivamente il Servizio sociale del Comune di residenza, nel caso di presentazione di domanda e riconoscimento del beneficio della misura B1

FIRMA

.....

CONSENSO INFORMATO

Informativa ai sensi del D.lgs 193/2003

Ai sensi del D.lgs 196/2003 ed in relazione ai dati personali che la riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

- L) il trattamento è indispensabile per l'organizzazione delle attività inerenti la richiesta inoltrata;
- M) è realizzato dal personale del Comune di Residenza e del Comune di Chiari, anche con l'ausilio dei mezzi elettronici.
- N) Preso atto dell'informativa, il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati sensibili funzionali agli scopi per i quali è posto in essere.

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

- 1- fotocopia codice fiscale del richiedente e dell'eventuale delegato alla riscossione;
- 2- fotocopia carta d'identità del richiedente e dell'eventuale delegato alla riscossione;
- 3- copia certificazione l. 104 art. 3, comma 3 o certificazione di invalidità al 100% con indennità di accompagnamento;
- 4- copia attestazione isee ordinario;
- 5- copia delle coordinate bancarie rilasciata dall'istituto di credito nel caso di accredito su conto corrente;
- 6- schede triage, adl / iadl a cura del servizio sociale

Data

FIRMA DEL RICHIEDENTE/
Amministratore di Sostegno

.....