

**DOMANDA PER LA CONCESSIONE  
DEL BUONO SOCIALE MENSILE PER COMPENSARE LE PRESTAZIONI DI  
ASSISTENZA ASSICURATE DAI FAMILIARI E/O PER ACQUISIRE LE  
PRESTAZIONI DI UN ASSISTENTE FAMILIARE  
– ANNO 2018 –**

Al Comune di \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a..... nato/a il .....  
a.....Codice Fiscale .....  
residente in ..... via/piazza .....  
n.....telefono ..... mail.....  
relazione di parentela con il beneficiario.....

**CHIEDE LA CONCESSIONE DEL BUONO SOCIALE  
RELATIVO AL PERIODO 1 APRILE – 31 DICEMBRE 2018**

- a favore di se stesso;  
 a favore della seguente persona:

.....  
nato/a il.....a.....  
genere M.  F.   
codice fiscale.....  
residente .....via/p.zza.....n.....  
domiciliato (indicare solo se diverso da indirizzo  
residenza).....

A tal fine ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni previste dagli artt.75 e 76 del medesimo D.P.R.

**DICHIARA CHE**

- o il beneficiario **vive**:
  - da solo
  - con madre e/o con padre
  - con il coniuge
  - con figlio
  - altro ( specificare) \_\_\_\_\_
  
- o che il **nucleo familiare del beneficiario** è così composto (*indicare i componenti diversi dall'eventuale beneficiario*):

RELAZ.(1)	COGNOME E NOME	ETÁ	ATTIVITA'	REDDITO (2)

(1) Indicare la relazione di parentela con l'eventuale beneficiario

(2) Indicare con SI o NO se percettore di reddito

- **il valore dell'ISEE** del beneficiario, in corso di validità all'atto della presentazione della domanda, è pari ad Euro \_\_\_\_\_;
- l'attestazione ISEE è di tipo  **ordinario** o  **sociosanitario**;
  
- il beneficiario ha il riconoscimento di
  - invalidità con indennità di accompagnamento**;
  - invalidità art. 3 comma 3 Legge 104/92**;
  
- il beneficiario
  - \_\_\_\_\_ ha assunto con regolare contratto \_\_\_\_\_ la/il Sig.ra/Sig. \_\_\_\_\_ con decorrenza dal \_\_\_\_\_ e che la persona è  **convivente** o  **non convivente**;
  - è assistito al domicilio dal seguente familiare Sig.ra/Sig. \_\_\_\_\_ (relazione di parentela \_\_\_\_\_) e che la persona è  **convivente** o  **non convivente** ;
  
- il beneficiario
  - frequenta** a tempo parziale strutture semiresidenziali a carattere sanitario o socio sanitario (CDI, CDD, CSE);
  - non frequenta** a tempo parziale strutture semiresidenziali a carattere sanitario o socio sanitario (CDI, CDD, CSE);
  
- il beneficiario
  - ha ottenuto** il buono sociale nell'anno 2017;
  - non ha ottenuto** il buono sociale nell'anno 2017;
  
- il beneficiario
  - usufruisce** delle misure previste nel reddito di autonomia e/o B1 (persone con disabilità gravissima);
  - non usufruisce** delle misure previste nel reddito di autonomia e/o B1 (persone con disabilità gravissima);
  
- il beneficiario (*compilare solo per chi ha più di 50 anni*)
  - usufruisce** di interventi o sostegni a carattere assistenziale erogati da Enti pubblici o privati o da Enti previdenziali;
  - non usufruisce** di interventi o sostegni a carattere assistenziale erogati da Enti pubblici o privati o da Enti previdenziali;
  
- il beneficiario (*compilare solo per chi ha più di 65 anni*)
  - usufruisce** della misura RSA Aperta (DGR 7769/2018);
  - non usufruisce** della misura RSA Aperta (DGR 7769/2018);
  
- il beneficiario
  - usufruisce** del servizio Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
  - non usufruisce** del servizio Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);

CHIEDE CHE

- l'eventuale erogazione del Buono avvenga a mezzo accredito sul c/c bancario e/o postale sul seguente **conto intestato** o **cointestato** al beneficiario:

Intestazione del conto.....

Nome Banca e/o Posta.....

Codice IBAN .....

SI IMPEGNA A

- concordare e condividere con il servizio sociale comunale il progetto assistenziale individualizzato e sottoscriverlo;
- fornire tutte le informazioni necessarie per la compilazione delle scale di valutazione IADL E ADL.

Lì .....

FIRMA \_\_\_\_\_

*Allegati alla domanda:*

- *copia del documento d'identità del richiedente e/o del beneficiario;*
- *certificazione del riconoscimento di gravità ai sensi dell'art.3 comma 3 della Legge 104/92 o dell'indennità di accompagnamento;*
- *eventuale altra documentazione che attesti che la persona ha in corso l'accertamento della condizione di gravità ai sensi dell'art.3 comma 3 della Legge 104/92;*
- *eventuale copia del contratto di lavoro dell'assistente familiare regolarmente registrato;*
- *eventuale copia dell'ultimo versamento di contributi a favore dell'assistente familiare regolarmente assunto.*

----- (tagliare lungo la riga)  
COMUNE DI \_\_\_\_\_

Si attesta che in data odierna il/la Sig. .... ha presentato istanza per la concessione del Buono Sociale per l'anno 2018.

Lì .....

FIRMA \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. 196/2003, Le forniamo le seguenti informazioni:

• **Finalità del trattamento cui sono destinati i dati**

Servizi sociali e di assistenza

• **Modalità di trattamento dei dati**

In relazione alle su indicate finalità, il trattamento dei dati avviene mediante strumenti manuali e/o informatici.

• **Categorie di soggetti ai quali i dati vengono comunicati**

Per motivi di legge o di regolamento, i dati personali vengono comunicati agli enti ed uffici pubblici legittimati al trattamento, come, a puro titolo esemplificativo:

- Altre amministrazioni Pubbliche
- Enti Locali
- Enti previdenziali ed assistenziali
- Familiari dell'interessato
- Organizzazioni di volontariato
- Uffici giudiziari

I dati sensibili saranno trattati con le modalità ed i limiti di cui ai Regolamenti Comunali e di Comunità Montana di Valle Sabbia in materia di trattamento dei dati sensibili, reperibili sui siti istituzionali degli enti.

Si informa inoltre che "Titolari" del trattamento sono i Comuni dell'Ambito Distrettuale della Valle Sabbia e la Comunità Montana di Valle Sabbia, rappresentati ai fini del D.Lgs. 196/03 dai legali rappresentanti pro tempore.

I Responsabili del trattamento dei dati sono i Comuni dell'Ambito Distrettuale della Valle Sabbia e la Comunità Montana di Valle Sabbia.

Ai Responsabili del trattamento Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti, così come previsti dall'articolo 7 del D. Lgs. 196/03.

Preso atto dell'informativa di cui sopra la/il sottoscritta/o, acconsente al trattamento dei dati personali/sensibili, funzionale agli scopi per i quali è posto in essere.

Lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_