



**AMBITO DISTRETTUALE N. 5**  
**Comuni di Corte Franca, Iseo, Marone, Monte Isola,**  
**Monticelli Brusati, Paderno Franciacorta, Paratico,**  
**Passirano, Provaglio d'Iseo, Sale Marasino, Sulzano e Zone**

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE**  
**A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE E PER ANZIANI**  
**NON AUTOSUFFICIENTI PRESSO CUI OPERANO ASSISTENTI FAMILIARI**  
**REGOLARIZZATE DGR XI/1253 DEL 12/02/2019**  
**ANNO 2019**

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 buono sociale, così come previsto nelle Linee Guida approvate dall'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito n. 5 Sebino.

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**

- di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_;
- di avere compiuto \_\_\_\_\_ anni alla data del 10/05/2019;
- di possedere un reddito ISEE 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**

- Se **SI**:  a tempo pieno  part time

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)

\_\_\_\_\_

Recapito \_\_\_\_\_

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

3) 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 impegnarsi a definire con il Servizio Sociale del Comune di residenza, qualora il Buono venga concesso, un progetto individualizzato nel quale vengono individuati gli interventi anche migliorativi delle condizioni di assistenza che verranno sostenuti attraverso le risorse aggiuntive del buono sociale;

- 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) che il nominativo del **medico di base** è : \_\_\_\_\_
- n) di usufruire del **servizio ADI**:             SI                             NO
- o) di **INDICARE, OBBLIGATORIAMENTE, ENTRAMBE LE MODALITA' DI PAGAMENTO**, ai fini dell'accreditamento dei benefici economici:

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

<b>CODICE IBAN</b>																											

**(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. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ 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 Iseo 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 Iseo.

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.iseo.bs.it>

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

\_\_\_\_\_ , 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. \_\_\_\_\_

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 (**contenente l'indicazione della DIAGNOSI**);
  - Attestazione ISEE ordinario, ai sensi del DPCM 159/2013;
  - Copia del contratto di lavoro regolarmente registrato;
  - Copia dell'ultimo versamento dei contributi a favore dell'assistente familiare;
  - Fotocopia della carta d'identità in corso di validità e codice fiscale sia del beneficiario che del richiedente qualora persona diversa dal beneficiario;
  - Copia schede di valutazione ADL e IADL a cura del servizio sociale;
  - Copia coordinate bancarie/postali rilasciate dall'istituto di credito ai fini dell'accredito del buono sociale.