

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 – DGR XII/1669 DEL 28/12/2023 e s.m.i.
ANNO 2024

(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

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

- di essere residente nel Comune di _____;
- di avere compiuto _____ anni alla data del 28 Giugno 2024;
- 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 € _____;
- 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;

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.