

Ambito Distrettuale 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 (18- 64 ANNI) ASSISTITI AL PROPRIO DOMICILIO DA CAREGIVER FAMILIARE ANNO 2019

(AI SENSI DELLA DGR XI/1253)

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

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

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

Via/Piazza.....n°.....

Stato Civile.....Professione.....telefono.....

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

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

- A) di essere nat....aprov.....il.....
- B) di essere residente in.....
- C) che il proprio nucleo familiare, come definito dallo Stato di famiglia, è formato dalle seguenti persone:

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: upserviziociali@comune.chiari.brescia.it

Cognome e nome	rapporto di parentela con il richiedente
.....
.....
.....
.....
.....

D) di avere un ISEE ordinario non superiore a euro 12.000:

SI NO

E) che l' ISEE ordinario in mio possesso ha un valore di euro.....

F) di possedere certificazione di disabilità grave ai sensi della l. 104, art. 3, comma 1 e 3. o certificazione di invalidità al 100% con indennità di accompagnamento:

SI NO

G) essere assistito presso il proprio domicilio da parte di un caregiver familiare:

SI NO

H) Di essere in possesso di un indice di fragilità sociale che evidensi il grado di dipendenza nelle attività di vita quotidiana (ADL) e delle attività strumentali alla vita quotidiana (IADL):

SI NO

I) Di essere stato beneficiario della Misura B2 anno 2018:

SI NO

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

SI NO

M) Di essere in carico alla Misura RSA Aperta ex DGR n. 77769/2018:

SI NO

N) essere beneficiari di interventi o sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da enti pubblici o privati o da enti previdenziali (INPS: HOME Care Premium):

SI NO

O) di essere 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

Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

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.

P) 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

Q) in caso di risposta negativa al punto precedente, o di variazione o di chiusura del conto corrente sopra indicato, di delegare alla riscossione in contanti il 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 non aver presentato domanda Misura B1**

**di essere consapevole che il Buono sociale in oggetto è incompatibile con
un altro intervento relativo alla Dgr XI/1253, Misura B2**

**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

ALLEGÀ ALLA PRESENTE DOMANDA:

- 1- fotocopia codice fiscale del richiedente
- 2- fotocopia carta d'identità del richiedente
- 3- copia certificazione di disabilità grave l. 104 art. 3 comma 1 e 3 o invalidità al 100% con indennità di accompagnamento (**CONTENENTE L' INDICAZIONE DELLA DIAGNOSI**)
- 4- copia attestazione isee ordinario (ai sensi del DPCM 159/2013);
- 5- copia delle coordinate bancarie/postali rilasciata dall'istituto di credito ai fini dell' accredito del buono sociale
- 6- ADL/IADL a cura del servizio sociale

Data

FIRMA DEL RICHIEDENTE



COMUNE DI CHIARI Provincia di Brescia

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 Chiari 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 Chiari. 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 www.comune.chiari.brescia.it.

Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ente è il seguente soggetto:

DPO	P.IVA	Via/Piazza	CAP	Comune	Nominativo DPO Incaricato
LTA Srl	1424331100	Vicolo delle Palle, 25	00186	Roma	Dott. Luigi Recupero

Il Data Protection Officer è reperibile presso la sede municipale del Comune di Chiari in P.zza Martiri della Libertà, 26 – 25032 CHIARI (BS). In caso di istanze/comunicazioni scritte da inviarsi in modalità digitale il Data Protection Officer può essere contattato tramite il recapito istituzionale **dpo@comune.chiari.brescia.it** oppure **comunedichiari@legalmail.it** (se viene utilizzata la posta elettronica certificata).

Data.....

Firma.....