

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
MINORI NON AUTOSUFFICIENTI
ASSISTITI AL PROPRIO DOMICILIO DA CAREGIVER FAMILIARE
ANNO 2022
(AI SENSI DELLA DGR XI/5791/2021)**

Il/la sottoscritto/a.....
Codice fiscale.....
nato/a a.....prov.....il.....
residente in.....(c.a.p.).....
Via/Piazza.....n°.....
telefono.....email.....

in qualità di esercente la responsabilità genitoriale

CHIEDE

Per il minore.....
Codice fiscale.....
nato/a a.....prov.....il.....
residente in.....(c.a.p.).....
Via/Piazza.....n°.....

Di usufruire del Buono Sociale a favore di persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza assistiti al proprio domicilio da caregiver familiare

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) che il proprio nucleo familiare, come definito dallo Stato di famiglia, è formato dalle seguenti persone:

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

Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

B) di avere un ISEE ordinario non superiore ad euro 40.000,00

SI NO

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

D) che il minore è in possesso di 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

E) che il minore è assistito presso il proprio domicilio da parte di un caregiver familiare

SI NO

F) che il minore è 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) (a cura del servizio sociale)

SI NO

G) che il minore è stato beneficiario della Misura B2 anno 2021

SI NO

H) che il minore frequenta unità d'offerta semiresidenziali socio/sanitarie e/o sociali:

SI NO

I) che il minore NON usufruisce di nessuna delle seguenti misure (incompatibili ai sensi della dgr XI/5791/2021):

- accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
- Misura B1;

L) che il minore non è beneficiario di un altro intervento relativo alla Dgr XI/5791/2021, Misura B2 (voucher sociale finalizzato a favorire la vita di relazione per minori con disabilità)

M) di essere consapevole che, a seguito della definizione della graduatoria, per gli aventi diritto, il servizio sociale comunale redigerà 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.

N) di voler riscuotere il buono sociale tramite accredito sul **conto corrente bancario a me intestato o cointestato (NO libretto postale)** di cui allego le coordinate

Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

O) In caso di chiusura del CC indicato, delego alla riscossione (parte obbligatoria):

il/la sig/ra.....
nato/a a il.....
residente a cap.....
in via
codice fiscale
telefono
email.....

La presente delega se non revocata ha durata illimitata

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni relative ai cambiamenti anagrafici ed ogni altro evento che modifichi le dichiarazioni rese.

Data

FIRMA DEL RICHIEDENTE

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

- 1- fotocopia codice fiscale del richiedente;
- 2- fotocopia carta d'identità del richiedente;
- 3- fotocopia codice fiscale del beneficiario;
- 4- fotocopia carta d' identità del beneficiario;
- 5- 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);
- 6- copia attestazione ISEE sociosanitario in corso di validità (ai sensi del DPCM 159/2013);
- 7- copia delle coordinate bancarie/postali rilasciata dall'istituto di credito ai fini dell' accredito del buono sociale (NO libretti postali);
- 8- ADL/IADL a cura del servizio sociale;
- 9- carta d' identità e codice fiscale del delegato (se diverso dal richiedente).

Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00

DICHIARAZIONE DI NON RICHIESTA MISURA B1

Io sottoscritto.....

Dichiaro
di non aver presentato

- per me stesso
 per il/la Sig./ra.....

domanda Misura B1

di essere consapevole che il Buono sociale in oggetto è incompatibile con
un altro intervento relativo alla XI/5791/2021, 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

Ambito Distrettuale Oglio Ovest – L. 328/00



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
SI.NET Servizi Informatici Srl	02743730125	Corso Magenta, 46	20123	Milano	Dott. Paolo Tiberi

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