

All. n. 1

All'ufficio di Piano  
del Distretto di Garlasco  
Via Cavour, 18  
27039 Sannazzaro de' Burgondi

**DOMANDA PER L' ASSEGNAZIONE DI BUONO SOCIALE**

Il/ la sottoscritto/a (cognome) ..... (nome) .....

Nato/a a : ..... prov. di ..... il ..... CF .....

Residente in Via/piazza ..... N° .....

Comune di ..... CAP ..... Prov. di .....

Tel. .... / ..... Tel. .... / .....

**CHIEDE**

L'assegnazione del buono sociale in quanto in possesso dei requisiti per l'accesso a tale contributo e precisamente:

- Età .....
- riconosciuto/a invalido/a civile al 100% ed accertamento, da parte della commissione medica competente, della necessità di assistenza continua ed incapacità di compiere gli atti quotidiani della vita (come da verbale numero ..... in data ..... rilasciato dalla commissione sanitaria per accertamento degli stati di invalidità dell' A.S.L. di .....);
- reddito ISEE pari ad € ..... (il reddito ISEE non deve essere superiore a € 30.000,00);
- regolare contratto di assunzione dell'assistente familiare non inferiore a n. 24 ore settimanali di lavoro.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali che assume, ai sensi dell'articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n° 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che il nucleo familiare di convivenza risulta così composto:

Cognome e Nome	Grado di parentela/ altro	Data di nascita	Invalidità civile/indennità di accomp.(indicare in caso di avvenuto riconoscimento)

- che esiste la presenza di uno o più familiari e di contesto che si occupano del richiedente;
- che non esiste la presenza di uno o più familiari e di contesto che si occupano del richiedente;
- di usufruire dei seguenti servizi domiciliari o di averli richiesti (compilare solo in caso affermativo):

Tipologia servizio	Indicare data inizio servizio	Tipo Prestazione
S.A.D. (Servizio di assistenza domiciliare)- Comunale		
Servizio pasti al domicilio		
TELESOCCORSO		
TRASPORTO		
VOUCHER socio assistenziale		
VOUCHER socio educativo		
VOUCHER socio sanitario- ASL		
BUONO socio assistenziale		

**Dichiara, infine, che quanto sopra riportato è vero ed accertabile, ai sensi dell'articolo 43 del citato D.P.R. 445/2000, ovvero documentabile su richiesta delle Amministrazioni competenti.**

**Informativa ai sensi dell'art. 13 d.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196**

Ai sensi dell'art. 13 del citato decreto legislativo n. 196/03, in relazione alle informazioni personali che Lei potrà comunicarci e che questo Ente intende trattare in modo anonimo, La informiamo di quanto segue:

- il trattamento dei dati richiesti è diretto esclusivamente all'istruttoria dell'istanza
- il trattamento può essere effettuato con mezzi automatizzati e non
- le informazioni richieste con la presente modulistica sono necessarie all'evasione della pratica
- nella sua qualità di interessato Lei gode dei diritti di cui all'art. 7 del d.lgs. n. 196/03.

Data

In fede

---

- Allega:**
  - dichiarazione sostitutiva unica (ISEE) in corso di validità;
  - copia certificato di riconoscimento invalidità al 100%
  - copia del documento di identità, in corso di validità, del richiedente e, se impossibilitato alla firma e non indicato nel documento di identità, certificato del medico curante che attesti l'impossibilità di apporre la firma
  - copia del contratto di assunzione dell'assistente familiare;