

# Ambito territoriale Oglio Ovest – L. 328/00

Distretto n°7

COMUNI DI CASTELCOVATI, CASTREZZATO, CAZZAGO S/M, CHIARI, COCCAGLIO, COMEZANO-CIZZAGO,  
ROCCAFRANCA, ROVATO, RUDIANO, TRENZANO, URAGO D'OGLIO

NON COMPILARE - RISERVATO AL COMUNE

Data di Presentazione ..... N. Domanda .....

SPETT.LE COMUNE DI \_\_\_\_\_

## DOMANDA BUONO A SOSTEGNO DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE / ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITI AL PROPRIO DOMICILIO DA PARTE DI ASSISTENTE PERSONALE – ANNO 2016

(AI SENSI DELLA DGR 4249/2015)

...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 a sostegno di persone con disabilita' grave / anziani non autosufficienti assistiti al proprio domicilio da parte di assistente personale – anno 2016

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
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

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: [upservizisociali@comune.chiari.brescia.it](mailto:upservizisociali@comune.chiari.brescia.it)

## Ambito territoriale Oglio Ovest – L. 328/00

---

- B) di avere un reddito ISEE pari a euro.....
- C) di possedere certificazione di invalidità al 100% con indennità di accompagnamento o certificazione di disabilità grave ai sensi della l. 104, art. 3, comma 1 e 3.
- D) di essere assistito presso il proprio domicilio da parte di un'assistente familiare assunta con regolare contratto di lavoro, stipulato da parte dell'anziano oppure di un suo familiare.

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

Si

No

F) di voler riscuotere il buono tramite accredito sul conto corrente bancario a me intestato o cointestato:

Codice IBAN : vedi documento rilasciato da Banca

BANCA ..... FILIALE di .....

G) 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 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.

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.

Ai sensi del Dlgs 196/2003 autorizza altresì l'utilizzo dei dati personali forniti per gli scopi legati alla presente dichiarazione.

### ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

- 1- fotocopia codice fiscale del richiedente
- 2- fotocopia carta d'identità del richiedente
- 3- copia certificazione attestante l'invalidità al 100% con indennità di accompagnamento o certificazione di disabilità grave l. 104 art. 3 comma 1 e 3.
- 4- copia del contratto di assunzione dell' assistente familiare (badante)
- 5- copia della documentazione attestante le spese sostenute per il servizio reso dall'assistente familiare, indicante i mesi di lavoro;
- 6- copia attestazione isee socio sanitario;
- 7- copia delle coordinate bancarie rilasciata dall'istituto di credito
- 8- schede triage, adl/iadl a cura del servizio sociale

Data .....

FIRMA DEL RICHIEDENTE

.....