

# Ambito territoriale 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 URAGO D'OGLIO

## DOMANDA BUONO SOCIALE A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE / ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITI AL PROPRIO DOMICILIO DA CAREGIVER FAMILIARE – ANNO 2018

(AI SENSI DELLA DGR X/7856/2018 )

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



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

---

Codice IBAN : vedi documento rilasciato da Banca

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

N) in caso di risposta negativa al punto I), di variazione o di chiusura del conto corrente sopra indicato, di delegare alla riscossione in contanti ..I... 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 essere consapevole che il Buono sociale in oggetto è incompatibile con un altro intervento relativo alla Dgr 7856/2018, Misura B1**

**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**

.....

**CONSENSO INFORMATO**

**Informativa ai sensi del D.lgs 193/2003**

Ai sensi del D.lgs 196/2003 ed in relazione ai dati personali che la riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

- L) il trattamento è indispensabile per l'organizzazione delle attività inerenti la richiesta inoltrata;
- M) è realizzato dal personale del Comune di Residenza e del Comune di Chiari, anche con l'ausilio dei mezzi elettronici.
- N) Preso atto dell'informativa, il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati sensibili funzionali agli scopi per i quali è posto in essere.

**ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:**

- 1- fotocopia codice fiscale del richiedente e dell'eventuale delegato alla riscossione;
- 2- fotocopia carta d'identità del richiedente e dell'eventuale delegato alla riscossione;
- 3- copia certificazione di disabilità grave ai sensi della L. 104 art. 3, comma 3 o invalidità al 100% con indennità di accompagnamento
- 4- copia attestazione isee ordinario;
- 5- copia delle coordinate bancarie rilasciata dall'istituto di credito nel caso di accredito su conto corrente
- 6- schede triage, adl / iadl a cura del servizio sociale

Data .....

**FIRMA DEL RICHIEDENTE**

.....