

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 A SOSTEGNO DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE / ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITI AL PROPRIO DOMICILIO DA PARTE DI ASSISTENTE PERSONALE – ANNO 2018

(AI SENSI DELLA DGR N° 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 a sostegno di persone con disabilità grave / anziani non autosufficienti assistiti al proprio domicilio da parte di assistente personale – 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) 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

Ambito territoriale Oglio Ovest – L. 328/00

- B) di avere un reddito ISEE pari a euro.....
- C) di possedere certificazione di disabilità grave ai sensi della l. 104, art. 3, comma 1 e 3.
- D) 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:
- contratto di assunzione a tempo pieno
 - contratto di assunzione a tempo part time
- (barrare la voce relativa alla tipologia di contratto in essere)
- E) di essere nelle seguenti condizioni: (**Barrare i requisiti presenti**):
- Beneficiario della Misura B2 anno 2017
 - Non beneficiario della Misura B2 anno 2017

 - Età ≥ 50 anni non beneficiario di altri interventi

 - Ultra 85enni non autosufficienti

 - NON essere beneficiari di interventi o sostegni integrativi di carattere assistenziale
 - Essere beneficiari di altri interventi/servizi
 - Anziano non autosufficienti NON in carico alla Misura RSA aperta ex DGR n.7769/2018
- 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.

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 7856/2018, Misura B1

e di informare tempestivamente il Servizio sociale del Comune di residenza, nel caso di successiva eventuale presentazione domanda 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:

- il trattamento è indispensabile per l'organizzazione delle attività inerenti la richiesta inoltrata;
- è realizzato dal personale del Comune di Residenza e del Comune di Chiari, anche con l'ausilio dei mezzi elettronici.
- 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
- 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
- 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 ordinario;
- 7- copia delle coordinate bancarie rilasciata dall'istituto di credito
- 8- schede triage, adl/iadl a cura del servizio sociale

Data

FIRMA DEL RICHIEDENTE

.....

3

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

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