

UFFICIO DI PIANO
Piano di zona dei Servizi Sociali
Distretti di Casalpuusterlengo e Lodi

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE

COMPILAZIONE A CURA DEL COMUNE DI RESIDENZA DELL'INTERESSATO/A

Documentazione acquisita:

Protocollo n. _____

- fotocopia verbale commissione invalidità
 fotocopia attestazione ISEE

Data di ricevimento _____ Firma del Ricevente _____

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ residente
nel Comune di _____ prov. _____
via _____ n. _____ CAP _____
codice fiscale _____ Tel. _____
ulteriore recapito telefonico _____
Medico di Medicina Generale _____
Ambulatorio _____

CHIEDE

l'assegnazione del buono sociale per sostenere le cure atte ad assicurare la permanenza a domicilio

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell'articolo 76 del DPR del 28 dicembre 2000, n. 445 (Nota 1), per falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

DICHIARA

- di essere stato riconosciuto/a invalido/a civile con grado di invalidità pari al 100% come da verbale n. _____ del _____ rilasciato dalla Commissione Sanitaria per
 l'accertamento degli stati di invalidità dell'ASL di _____;
- di non fruire dell'indennità di accompagnamento;
- di avere un'attestazione ISEE non superiore a € 9.000,00;

che il proprio nucleo familiare è costituito dalle seguenti persone (Nota 2)

Cognome e nome	grado di parentela o altro	data di nascita	Codice Fiscale	Recapito telefonico

- che tra i componenti del nucleo familiare è presente altra persona invalida:

Cognome e nome	grado di parentela o altro	verbale invalidità (indicare numero, data e ASL competente e percentuale di invalidità)	indicare se percepisce indennità di accompagnamento

- che il Buono verrà utilizzato per sostenere le cure necessarie per assicurare la permanenza a domicilio, mediante prestazioni rese dai seguenti parenti:

Cognome e nome	grado di parentela	Convivente (SI/NO)

(Nota 1)

Ai sensi del DPR n. 445/00 art.71, i Comuni potranno procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non corrispondenza di tali dichiarazioni (c.3), a non prendere in considerazione la presente domanda

(Nota 2)

Per i soggetti di età superiore i 65 anni, il nucleo familiare di appartenza può essere anche costituito dal solo richiedente e dal coniuge non legalmente separato

(Nota 3)

In caso di assoluta impossibilità alla firma del richiedente la presente domanda dovrà essere sottoscritta da un familiare specificando il grado di parentela

(Nota 2)

Il comune di residenza degli interessati garantisce ogni informazione circa la documentazione e fornisce ai richiedenti le indicazioni per l'acquisizione dell'attestato ISEE da allegare alla presente domanda.

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL BUONO SOCIALE

BONIFICO bancario su C/C n. _____ intestato all'assistito presso la
Banca _____ Agenzia di _____
ABI _____ CAB _____ CIN _____

oppure

ASSEGNO CIRCOLARE intestato all'assistito inviato al seguente indirizzo:
comune di _____ prov. _____
via _____ n. _____ CAP _____

oppure

ASSEGNO CIRCOLARE intestato a:

Cognome _____ Nome _____

Grado di parentela _____

comune di _____ prov. _____

via _____ n. _____ CAP _____

codice fiscale _____

firma dell'assistito _____

Si allega:

- copia verbale attestazione invalidità civile
- copia attestazione ISEE (**Nota 4**)

Autorizzo alla trattazione dei dati personali ai sensi del DPCM 196/04

Merlino, _____

Firma del Richiedente (**Nota 3**)
