

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 SOCIALE HANDICAP 0 -74 ANNI - ANNO 2009

RICHIESTA PER MINORE

...I.... sottoscritt.....

nat.....a.....prov.....il.....

residente in.....(c.a.p.).....

Via/Piazza.....n°.....

Stato Civile.....Professione.....telefono.....

Codice fiscale.....

nella qualità di..... del minore.....

nat.....a.....prov.....il.....

residente in.....(c.a.p.).....

Via/Piazza.....n°.....

Stato Civile.....Professione.....telefono.....

Codice fiscale.....

eventuale domicilio o recapito diverso dall'indirizzo di residenza.....

CHIEDE

Di usufruire del Buono Sociale Handicap 0 - 74 anni - anno 2009.

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

Ambito territoriale Oglio Ovest – L. 328/00

Che il predetto minore:

- A) è nat....aprov.....il.....
- B) è residente in.....
- C) è in possesso della certificazione di invalidità al 100%, rilasciata dalla competente commissione Asl, ai sensi della Legge n. 104 del 1992 art. 4 e art. 3 comma 1 e 3 oppure è in possesso di verbale di invalidità con riferimento alla legge n.381/70 e n. 382/70.
- D) è in possesso di certificazione di disabilità, rilasciata da medico competente (per i minori compresi nella fascia d'età 0/3 anni)
- E) percepisce indennità di accompagnamento(SI) (NO).....
- F) percepisce indennità di frequenza(SI) (NO).....
- G) non è essere inserito in strutture diurne (C.S.E – C.D.D. – S.F.A.) o in progetti specifici (progetti legge 21 maggio 1998 n. 162 e servizio educativo domiciliare S.E.D).

DICHIARA INOLTRE

H) 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
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- I) di avere un reddito ISEE pari a euro.....
- J) di voler riscuotere il buono sociale tramite accredito sul conto corrente bancario a me intestato o cointestato.....(SI).....(NO).....
BANCA FILIALE di
- L) in caso di risposta negativa al punto J), 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

Ambito territoriale Oglio Ovest – L. 328/00

La presente delega se non revocata ha durata illimitata

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 E DELL'EVENTUALE DELEGATO ALLA RISCOSSIONE;
- 2- FOTOCOPIA CARTA D'IDENTITA' DEL RICHIEDENTE E DELL'EVENTUALE DELEGATO ALLA RISCOSSIONE;
- 3- COPIA CERTIFICAZIONE ASL ATTESTANTE L'INVALIDITA' OPPURE COPIA DEL VERBALE DI INVALIDITA'
- 4- COPIA ATTESTAZIONE ISEE;
- 5- COPIA DELLE COORDINATE BANCARIE RILASCIATA DALL'ISTITUTO DI CREDITO (IN CASO DI RICHIESTA DI ACCREDITO SU CONTO CORRENTE).

Data

FIRMA DEL RICHIEDENTE

.....