

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 _____

DOMANDA BUONO SOCIALE HANDICAP 0 -74 ANNI - ANNO 2009

...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 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

A) di essere nat....aprov.....il.....

di essere residente in.....

B) 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
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ambito territoriale Oglio Ovest – L. 328/00

- C) di avere un reddito ISEE pari a euro.....
- D) di essere in possesso della certificazione di invalidità al 100%, rilasciata della competente commissione Asl, ai sensi della Legge n. 104 del 1992 art. 4 e art. 3 comma 1 e 3 oppure essere in possesso di verbale di invalidità con riferimento alla legge n.381/70 e n. 382/70.
- E) di percepire indennità di accompagnamento(SI) (NO).....
- F) di non 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) e di non essere beneficiario del fondo “Progetto sostegno delle autonomie per portatori di handicap” anno 2009.
- G) di non aver alcun reddito derivante da attività lavorativa.
- H) di voler riscuotere il buono sociale tramite accredito sul conto corrente bancario a me intestato o cointestato(SI).....(NO).....
BANCA FILIALE di
- I) in caso di risposta negativa al punto H), 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

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

.....

Ufficio di Piano – 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