

# 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'OGGIO

NON COMPILARE - RISERVATO AL COMUNE

Data di Presentazione ..... N. Domanda .....

SPETT.LE COMUNE DI \_\_\_\_\_

### DOMANDA BUONO SOCIALE ANNO 2010

...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 anno 2010.

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:

Cognome e nome	rapporto di parentela con il richiedente
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

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

- D) di avere un reddito ISEE pari a euro.....
- E) di essere in possesso della certificazione della commissione invalidi ASL che attesti un'invalidità del 100%
- F) di essere in possesso di documentazione medica attestante eventuali forme di demenza e di Alzheimer (rilasciata da Medico specialista o da verbale ASL)
- G) di percepire indennità di accompagnamento .....(SI) ..... (NO).....
- H) di ricevere cure continuative al proprio domicilio mediante le seguenti figure:

Cognome e nome	parente si/no	Convivente si/no
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

- I) di voler riscuotere il buono sociale tramite accredito sul conto corrente bancario a me intestato o cointestato:  
.....(SI).....(NO).....

Codice IBAN : vedi documento rilasciato da Banca

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

- L) in caso di risposta negativa al punto I), di variazione o di chiusura del conto corrente sopra indicato, di delegare alla riscossione in contanti ..l... sig.....  
nato a ..... il ..... residente a .....  
in via ..... telefono .....  
codice fiscale .....

La presente delega se non revocata ha durata illimitata

- J) di voler utilizzare l'eventuale buono assegnato per il pagamento di (indicare con una croce 1 sola risposta):

Destinazione	
Care giver familiari	
Assistente familiare	
Assistenza informale	
Trasporto	
SAD	
SADH	
Pasti	
Lavanderia	
Acquisto prestazioni sociali da servizi autorizzati /accreditati	
Ricoveri di sollievo	
Altro	

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

---

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.

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' AL 100 %;
- 4- COPIA CERTIFICATO MEDICO O CERTIFICAZIONE ASL ATTESTANTE EVENTUALI FORME DI DEMENZA E DI ALZHEIMER;
- 5- COPIA ATTESTAZIONE ISEE;
- 6- EVENTUALE COPIA DELLA SENTENZA DELLA NOMINA DEL TUTORE
- 7- COPIA DELLE COORDINATE BANCARIE RILASCIATA DALL'ISTITUTO DI CREDITO NEL CASO DI ACCREDITO SU CONTO CORRENTE

Data .....

FIRMA DEL RICHIEDENTE

.....