

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 ANNO 2010 IN CASO DI PRESENZA DI TUTORE

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

in qualità di

TUTORE

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

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

Via/Piazza.....n°.....

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

Codice fiscale.....

del/della Sig./Sig.ra

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 favore dell'assistito.

1

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

Ambito territoriale Oglio Ovest – L. 328/00

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 l'assistito è nat....aprov.....il.....
- B) che l'assistito è residente
in.....
- C) che il nucleo familiare, dell'assistito, come definito dallo Stato di famiglia, è formato dalle seguenti persone:

| Cognome e nome | rapporto di parentela con il richiedente |
|----------------|--|
| | |
| | |
| | |
| | |

- D) che il reddito ISEE dell'assistito è pari a euro.....
- E) che l'assistito è in possesso della certificazione della commissione invalidi ASL che attesta un'invalidità del 100%
- F) che l'assistito è in possesso di documentazione medica attestante eventuali forme di demenza e di Alzheimer (rilasciata da Medico specialista o da verbale ASL)
- G) che l'assistito percepisce indennità di accompagnamento(SI) (NO)
- H) che l'assistito riceve 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:
.....(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

Ambito territoriale Oglio Ovest – L. 328/00

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 | |

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

Ambito territoriale Oglio Ovest – L. 328/00

Data

FIRMA DEL RICHIEDENTE

.....