

**DOMANDA PER ASSEGNAZIONE DI BUONO SOCIALE PER PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE CHE INTENDONO REALIZZARE IL PROPRIO PROGETTO SENZA IL SUPPORTO DEL CAREGIVER FAMILIARE MA CON L'AUSILIO DI UN ASSISTENTE PERSONALE, AUTONOMAMENTE SCELTO.
- ANNO 2017 -**

Al Comune di _____

Il/La sottoscritto/a..... nato/a il
a.....Codice Fiscale
residente in via/piazza
n.....telefono relazione di parentela con
l'assistito

**FA ISTANZA PER OTTENERE LA CONCESSIONE DEL BUONO SOCIALE
RELATIVO AL PERIODO 1 GENNAIO 2017 AL 31 DICEMBRE 2017**

A favore di
nato/a il.....a.....

Genere M. F.

Codice fiscale.....

residentevia/p.zza.....n.....

Domiciliato (indicare solo se diverso da indirizzo
residenza).....

A tal fine dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni previste dagli artt.75 e 76 del medesimo D.P.R.:

- o che l'assistito vive:
 - solo
 - madre /padre
 - coniuge
 - figlio
 - altro (specificare) _____

- o che il nucleo familiare dell'assistito è così composto (*indicare i componenti diversi dall'eventuale beneficiario*):

| RELAZ.(1) | COGNOME E NOME | ETÁ | ATTIVITA' | REDDITO (2) |
|-----------|----------------|-----|-----------|-------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

(1) Indicare la relazione di parentela con l'eventuale beneficiario

(2) Indicare con SI o NO se percettore di reddito

- che l'attestazione ISEE - **ordinario**/ **sociosanitario**
- **Il valore dell'ISEE** in corso di validità all'atto della presentazione della domanda è pari a Euro _____;
- che al richiedente è stata riconosciuta:
 - Indennità di accompagnamento**
 - Legge 104/92 art. 3 comma 3**
- **scale di valutazione**
ADL punteggio: _____
IADL punteggio: _____
- **eventuale altra scala** _____
- **tipologia valutazione:** **prima valutazione** **già beneficiaria della misura B2 al 31.10.2016**
- **servizio ADI** - **SI** - **NO**
- l'eventuale erogazione del Buono dovrà avvenire:
 - a mezzo accredito sul c/c bancario sul **conto intestato** o **cointestato** al beneficiario:

| BANCA | INTEST. CONTO | CODICE IBAN |
|-------|---------------|-------------|
| | | |

- mediante accredito sul c/c postale **intestato** o **cointestato** dal beneficiario n.....Ufficio Postale di

Lì

FIRMA _____
(allegare fotocopia carta d'identità)

----- *(tagliare lungo la riga)*
COMUNE DI _____

Si attesta che in data odierna il/la Sig. ha presentato istanza per la concessione del Buono Sociale per l'anno 2017.

Lì

FIRMA _____

Informativa ai sensi DPR 196/03
“Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali”

Ai sensi del DPR 196/03 ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

- il trattamento è indispensabile ai fini dell'erogazione del buono sociale;
- è realizzato da personale della Comunità Montana di Valle Sabbia e dei Comuni anche con l'ausilio di mezzi elettronici.

Preso atto dell'informativa di cui sopra il/la sottoscritto/a

.....

Acconsente al trattamento dei dati personali che lo/la riguardano, funzionale agli scopi per i quali è posto in essere.

Luogo data

Firma