



**AZIENDA SPECIALE CONSORTILE
“OVEST SOLIDALE”**

BUONO SOCIALE

**Al Comune di _____
Ufficio Servizi Sociali**

Il sottoscritto _____

nato a _____ provincia di _____

il _____, codice fiscale: _____

CHIEDE

l'erogazione del Buono sociale previsto negli interventi del Piano di zona 2012 – 2014 ai sensi della Legge 328/2000.

Recapito presso il quale si desidera avere le comunicazioni relative alla richiesta di Buono sociale:

Cognome _____ Nome _____

Via _____ n. _____ Comune di _____

provincia di ___ cap. _____ Tel. ____/_____.

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità pienamente consapevole delle conseguenze penali in merito a false dichiarazioni:

di essere cittadino italiano;

di essere cittadino: _____ (specificare);

di essere nato a _____ il _____;

di essere residente nel Comune di _____ Via _____

n. _____ ;

di essere invalido/a al 100% con diritto all'indennità di accompagnamento o di essere affetto da morbo di Alzheimer;

che all'interno del nucleo familiare sono presenti n. _____ persone affette da morbo



AZIENDA SPECIALE CONSORTILE "OVEST SOLIDALE"

BUONO SOCIALE

di Alzheimer;

che all'interno del nucleo familiare sono presenti n. _____ persone che percepiscono un reddito oltre a se stessi;

di essere assistito/a al domicilio in maniera continuativa diurna e notturna;

di essere assistito/a al domicilio dall'anno _____;

di appartenere a un nucleo familiare con un valore I.S.E.E. non superiore a € 8.500,00;

che il Buono sociale verrà utilizzato per acquisire prestazioni finalizzate alla permanenza al domicilio garantite dalle seguenti persone:

Assistenza prestata da			cognome e nome	Grado di parentela o ruolo svolto	Conviventi	
care giver familiari	assistenti familiari - badanti	assistente informale			SI	NO

L'eventuale erogazione del Buono Sociale dovrà avvenire:

con accredito sul conto corrente bancario (intestato o almeno cointestato al beneficiario del buono): banca _____ IBAN _____

ritiro in contanti presso la tesoreria del Comune di residenza (eventuale delegato al ritiro: nome _____ cognome _____ C.F. _____).

A completamento della presente domanda si allega:

- certificazione ISEE che attesti un valore non superiore a € 8.500,00;
- copia della certificazione di totale inabilità rilasciata dalla competente commissione sanitaria dell'ASL per l'accertamento dell'inabilità civile o copia della certificazione rilasciata dalla competente commissione sanitaria dell'ASL che attesti che la persona è affetta da morbo di Alzheimer.
- Fotocopia di un documento d'identità;

_____ Firma (ai sensi dell'art. 38 comma 3 del dLgs. 445/2000)



AZIENDA SPECIALE CONSORTILE
“OVEST SOLIDALE”

BUONO SOCIALE

In caso di impedimento del richiedente a firmare
Dichiarazione ai sensi dell'art. 4 comma 2 del d.Lgs. 445/2000

Io sottoscritto _____ nato a il _____ documento di identità n.
_____ rilasciato da _____ (allegato alla presente domanda) in
qualità di:

- coniuge del richiedente il buono sociale;
- figlio/a del richiedente il buono sociale;
- parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado _____ (specificare);

sottoscrivo la presente richiesta a nome e per conto del Sig./della Sig.ra _____

impossibilitati alla firma per un impedimento temporaneo dovuto a problemi di salute.

Si allega:
fotocopia carta d'identità del firmatario.

firma



**AZIENDA SPECIALE CONSORTILE
“OVEST SOLIDALE”**

BUONO SOCIALE

Presentata al Comune di _____ il _____ prot. n. _____

Da trasmettere

Da integrare

Da respingere

Trasmessa all' Azienda Speciale il _____

POSIZIONE NELLA GRADUATORIA DEFINITIVA _____