

PIANO DI ZONA DISTRETTO DI VOGHERA

All'Ufficio di Piano
Comune di Voghera
Ambito Distrettuale di Voghera

DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE A FAVORE
DELLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE O NON AUTOSUFFICIENTI
(D.G.R. N. 5940/2016) ANNO 2017

Il/la sottoscritto/a (cognome)(nome)
nato/a: il codice fiscale.....
residente a in Via n CAP.....Prov. di.....
in qualità di (specificare il tipo di parentela con l'eventuale beneficiario)
Recapito telefonico (indicare sempre uno o più numeri di telefono specificando a chi corrispondono):
Tel. / Sig.
Tel. / Sig.

CHIEDE L'ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE

Per compensazione delle prestazioni di assistenza assicurate dal care giver familiare

Destinatario dell'assistenza:

Sig./sig.ra (cognome).....(nome)
nato/a: il codice fiscale.....
residente a in Via n CAP.....Prov. di.....
Medico di famiglia..... Grado Invalidità

Care giver:

Sig./sig.ra (cognome).....(nome)
nato/a: il codice fiscale.....
residente a in Via n CAP.....Prov. di.....
Grado di parentela

Per prestazioni di assistente familiare impiegato con regolare contratto

Destinatario dell'assistenza:

Sig./sig.ra (cognome).....(nome)
nato/a: il codice fiscale.....
residente a in Via n CAP.....Prov. di.....
Medico di famiglia..... Grado Invalidità

Dati relativi all'assistente familiare:

Sig./sig.ra (cognome).....(nome)
nato/a: il codice fiscale.....
residente a in Via n CAP.....Prov. di.....
Tipologia contratto e orario dedicato.....

A tal fine allega:

- copia del verbale d'invalidità rilasciato dall'ASL;
- certificazione di handicap ai sensi del D.P.C.M. n. 159/2013;
- certificazione della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992;
- attestazione ISEE in corso di validità;
- copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del beneficiario e del richiedente (se distinto);
- eventuale copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno.

Nelle more della definizione del processo di accertamento l'istanza può essere comunque presentata (la certificazione deve essere presentata entro il 30.04.2017).

- A tal fine dichiara che il nucleo familiare di convivenza risulta così composto:

Cognome e Nome	Grado di parentela/altro	Data di nascita

- che si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni relative alle condizioni economiche, al ricovero in istituto, ai cambiamenti anagrafici ed a qualsiasi altro evento che modifichi le dichiarazioni rese ai fini dell'erogazione di eventuali provvidenze economiche;
- di essere consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. n. 445/2000);
- nel caso del buono per compensazione delle prestazioni di assistenza assicurate dal care giver familiare, il richiedente condivide e sottoscrive un progetto individualizzato con l'Assistente Sociale, che è soggetto a verifiche periodiche;
- nel caso del buono per prestazioni di assistente familiare impiegato con regolare contratto, il richiedente dovrà regolarmente produrre la certificazione dei compensi erogati per sostenere il costo dell'assistente familiare.

In caso di assegnazione, l'erogazione del Buono Sociale sarà effettuata con bonifico bancario intestato al titolare del Buono

BANCA filiale

C/C n. intestato a

CODICE IBAN

Data _____

Firma _____