

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI BUONO SOCIALE A SOSTEGNO DISABILITA'  
GRAVE**

(FNA 2018 DGR 1253 DEL 12/02/2019)

**SCADENZA 14/05/2019 ORE 12.00**

Il/la

sottoscritto/a.....

Nato/a.....C.F.....

Prov..... il.....

Residente ..... in

Via.....n°.....

Comune

di.....Cap.....Prov.....

Indicare sempre uno o più numeri di telefono specificando a chi corrispondono (familiare, persona di riferimento ecc.): Tel...../.....Tel...../.....

E-mail di riferimento: .....

**CHIEDE**

l'assegnazione del Buono a sostegno della disabilità grave/non autosufficienza a favore di..... residente a ..... in Via ..... per:

- € 300,00 mensili per prestazioni erogate dal caregiver familiare ISEE fino a € 8.000,00
- € 150,00 mensili per prestazioni erogate dal caregiver familiare ISEE da 8.000,01 a € 15.000,00;
- € 300,00 mensili per prestazioni erogate da Assistente Familiare (Badante) assunta con regolare contratto per un monte inferiore a 18 ore settimanali;
- € 400,00 mensili per prestazioni erogate da Assistente Familiare (Badante) assunta con regolare contratto per un monte superiore a 18 ore settimanali;
- € 100,00 mensili per persone che frequentano Unità d'Offerta semiresidenziali sociosanitarie o sociali (CDD, CDI, CSE, SFA).

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi dell'art. 489 del codice penale (falsità in atti) e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

- di essere in possesso dell'indennità di accompagnamento o della L. 104/1992 art. 3, comma 3 (come da verbale allegato)
- di essere residente nel Comune di ..... e che il nucleo familiare di convivenza risulta così composto:

Cognome e nome	Grado di parentela

**DICHIARA inoltre**

(compilare eliminando l'opzione non desiderata)

- di ESSERE/NON ESSERE in carico alla Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;
- di ESSERE/NON ESSERE beneficiario di interventi o di sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti pubblici o privati o da Enti Previdenziali (es. INPS/ Home Care Premium);
- di essere in possesso di attestazione ISEE 2019 con scadenza ..... pari ad € .....;
- di essere a conoscenza che ai sensi del GDPR 679/2016, i propri dati personali verranno trattati per le esclusive esigenze procedurali e di autorizzare il trattamento degli stessi per le finalità istituzionali riferite all'ottenimento del beneficio di cui alla DGR XI/1253/2019.

Il Sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente l'eventuale verificarsi di uno degli eventi di **Esclusione** previsti dal bando.

L'eventuale contributo dovrà essere accreditato sul seguente C/C:

Banca ..... Agenzia .....

IBAN .....

Intestato a .....

Note

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Data.....

In fede  
Il richiedente

Si allegano:

- 1) dichiarazione sostitutiva unica / attestazione ISEE;
- 2) copia verbale invalidità e/o documentazione medica aggiornata;
- 3) copia documento di identità del richiedente e/o beneficiario;
- 4) contratto Assistente Familiare (badante).