



**AMBITO DISTRETTUALE N. 5**  
**Comuni di Corte Franca, Iseo, Marone, Monte Isola,**  
**Monticelli Brusati, Paderno Franciacorta, Paratico,**  
**Passirano, Provaglio d'Iseo, Sale Marasino, Sulzano e Zone**

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE**  
**A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE E PER ANZIANI**  
**NON AUTOSUFFICIENTI PRESSO CUI OPERANO ASSISTENTI FAMILIARI**  
**REGOLARIZZATE DGR XI/4138 DEL 21/12/2020**  
**ANNO 2021**

Protocollo  
(riservato al Comune)

ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI  
DEL COMUNE DI

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

domiciliato a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'assegnazione del buono sociale, così come previsto nelle Linee Guida approvate dall'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito n. 5 Sebino.

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

- a) di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_;
- b) di avere compiuto \_\_\_\_\_ anni alla data del 24/05/2021;
- c) di possedere un reddito ISEE in corso di validità (alla formazione del reddito ISEE concorrono gli elementi previsti dal DPCM 159/2013 elaborato ai sensi dell'art.6), pari ad € \_\_\_\_\_;
- d) di essere in possesso di certificazione di non autosufficienza e/o disabilità grave (come da

doc. allegata):

- riconosciuto invalido al 100% con diritto all'indennità di accompagnamento
- riconosciuto disabile grave in possesso di certificato di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92.

e) di **FREQUENTARE** unità d'offerta semiresidenziali socio/sanitarie o sociali

**SI** (indicare quale e dove) \_\_\_\_\_  **NO**

- Se **SI**:  a tempo pieno  part time

f) che nessuno/altri componenti del nucleo familiare ha/hanno presentato domanda per l'assegnazione del buono sociale (in caso di presentazione specificare i dati anagrafici del richiedente)

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

g) di essere assistito a domicilio in maniera continuativa come di seguito specificato:

1) cognome e nome di chi presta l'assistenza \_\_\_\_\_

(se lavoratore extracomunitario specificare gli estremi del permesso di soggiorno o gli estremi della ricevuta di presentazione della richiesta di regolarizzazione, e ricevute riferite al pagamento delle prestazioni come da contratto lavorativo)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Recapito \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2) Monte ore giornaliero di assistenza \_\_\_\_\_

3) Tipo di prestazioni assistenziali garantite \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

h) di impegnarsi a comunicare, direttamente o mediante un familiare:

1) l'eventuale ricovero in struttura residenziale;

2) eventuali altri motivi che facciano venire meno la necessità di cure a domicilio o il diritto di concessione del buono;

i) di impegnarsi a definire con il Servizio Sociale del Comune di residenza, qualora il Buono venga concesso, un progetto individualizzato nel quale vengono individuati gli interventi anche migliorativi delle condizioni di assistenza che verranno sostenuti attraverso le risorse aggiuntive del buono sociale;

j) di autorizzare visite domiciliari dell'equipe di valutazione appositamente costituita, ai fini della valutazione della domanda e dei controlli sull'assistenza prestata;



## SOTTOSCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE

- La presente dichiarazione è resa nell'interesse del soggetto che si trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio o, in mancanza di questo, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante (barrare la casella se ricorre il caso);
- La presente dichiarazione è resa in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale (barrare la casella se ricorre il caso);

*Se ricorre uno dei casi suddetti, ogni riferimento al "dichiarante", è da intendersi come riferimento al soggetto impedito o incapace nell'interesse o per conto del quale è redatta la dichiarazione.*

### INDICARE I DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CHE DICHIARA NELL'INTERESSE DEL SOGGETTO IMPEDITO O IN NOME E PER CONTO DEL SOGGETTO INCAPACE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Grado di parentela o relazione con l'interessato \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

**(allegare fotocopia carta d'identità e codice fiscale)**

Luogo e data

In fede

- 
- Allegati:
- Copia verbale d'invalidità civile e/o certificazione disabilità grave ai sensi dell'art.3 com. 3 L.104/92 (**contenente l'indicazione della DIAGNOSI**);
  - Attestazione ISEE ordinario, ai sensi del DPCM 159/2013;
  - Copia del contratto di lavoro regolarmente registrato;
  - Copia dell'ultimo versamento dei contributi a favore dell'assistente familiare;
  - Fotocopia della carta d'identità in corso di validità e codice fiscale sia del beneficiario che del richiedente qualora persona diversa dal beneficiario;
  - Copia schede di valutazione ADL e IADL a cura del servizio sociale;
  - Copia coordinate bancarie/postali rilasciate dall'istituto di credito ai fini dell'accredito del buono sociale.