

**Riservato al Comune**  
(timbro protocollo)

Al Comune di

.....  
(Comune di residenza del beneficiario del buono sociale)

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE ANZIANI**

**Periodo 01.01.2009 - 31.06.2009**

(modulo da compilare in stampatello)

**RICHIEDENTE** (beneficiario o parente/familiare/altro)

Il/la sottoscritto/a (cognome).....(nome).....  
 Nato/a.....Prov. di.....il.....  
 Residente in (Comune).....via.....n.....  
 Telefono..... Codice fiscale ( solo se beneficiario).....

**CHIEDE**

(barrare la voce che interessa)

In nome proprio

Per conto del beneficiario sotto riportato

**BENEFICIARIO** (compilare solo se si tratta di una persona diversa dal richiedente)

Cognome.....Nome.....  
 Nato/a.....Prov. di.....il.....  
 Residente in (Comune)..... via.....n.....  
 Telefono..... Codice fiscale .....

Relazione di parentela con il richiedente .....

L'assegnazione del Buono sociale ai sensi del Bando, approvato dalla Assemblea Distrettuale dei Sindaci e recepito dall'Azienda Speciale Consortile "RETESALUTE", in qualità di Ente capofila, per sostenere l'attività di cura resa dai familiari/parenti/altro atta ad assicurare la permanenza a domicilio della persona fragile.

A tal fine, a conoscenza del disposto dell'art.76 del DPR 445/2000 che testualmente recita:

1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia.
2. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.
3. Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli artt. 46 (certificazione) e 47 (notorietà) e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'art. 4 – 2° comma – (impedimento temporaneo) sono considerate come fatte a pubblico ufficiale.
4. (omissis).

fermo restando, a norma del disposto dell'art. 75 del DPR 445/2000, nel caso di dichiarazione non veritiera, la decadenza dei benefici eventualmente conseguiti e sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA CHE**

(barrare la voce che interessa)

**il richiedente**

**il beneficiario**

1. è nato in data anteriore al 31.12.1943;
2. è stato riconosciuto/a invalido/a 100% (specificare se con diritto all'accompagnamento)  
 ..... , come da verbale  
 numero.....in data .....  
 rilasciato dalla commissione sanitaria per l'accertamento degli stati invalidità dell'ASL di  
 .....
3. ha un valore ISEE (indicatore di situazione economica equivalente) di Euro.....

**il richiedente**

**DICHIARA INOLTRE**

1. che il familiare/parente/altro del beneficiario, disponibile all'assistenza è il/la Sig./ra:

Cognome -Nome	Anno nascita	Residenza	Relazione con l'anziano/a

2. che il valore ISEE ( indicatore di situazione economica equivalente) riferito al nucleo familiare è di Euro .....
3. di :
  - aver percepito nel 2008 il Buono sociale;
  - non aver percepito nel 2008 il Buono sociale;

4. di:

- aver percepito nel 2008 pensioni di guerra o altre indennità esenti ai fini IRPEF (rendite INAIL, ecc.) per un importo mensile pari a Euro.....  
o ALTRI BENEFICI ECONOMICI (Fondo Sostegno Affitto, ecc.) per un importo pari a Euro.....
- non aver percepito nel 2008 pensioni di guerra o altre indennità esenti ai fini IRPEF (rendite INAIL) o altri contributi economici (Fondo Sostegno Affitti ecc.).

5. di autorizzare visite domiciliari di operatori sociali del Comune di residenza ai fini della valutazione della domanda e dei controlli sulla assistenza prestata;

6. di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Comune di residenza:

- eventuali ricoveri in ospedale o altra struttura residenziale uguali o superiori a 5 giorni;
- eventuali variazioni di tipo anagrafico dell'interessato e/o del familiare/parente/altro convivente che presta l'assistenza;
- eventuali altri motivi che facciano venir meno la necessità delle cure rese dai familiari/parenti/altro.

7. di scegliere, ai fini dell'accreditamento dei benefici economici, una delle seguenti modalità di riscossione:

- direttamente sul conto corrente postale codice IBAN.....
- direttamente sul conto corrente bancario codice IBAN .....
- a mezzo assegno circolare intestato al beneficiario.....
- altra modalità (specificare ).....

---

....., data.....

In fede  
Il richiedente

.....

Alla domanda è opportuno allegare copia di certificazioni comprovanti l'esistenza dei requisiti di ammissibilità.

**Informativa ai sensi del D.lgs.vo 30.6.2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali"**

In relazione ai dati personali contenuti nella presente domanda e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

- Il trattamento è indispensabile ai fini dell'erogazione del buono sociale;
- Il trattamento è realizzato da personale dell'ASL e dei Comuni anche con l'ausilio di mezzi elettronici.

Preso atto dell'informativa il/la sottoscritto/a dichiarante .....

..... acconsente al trattamento dei dati personali qui contenuti in quanto funzionali agli scopi per i quali è posto in essere.