

**DOMANDA DI EROGAZIONE BUONO SOCIALE PER PERSONE ANZIANE CON ETA' SUPERIORE A 65 ANNI
NON AUTOSUFFICIENTI (AI SENSI DELLA DGR 7856/2018 – MISURA B2)**

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

€ Per sè stesso

€ Per _____ in qualità di:

€ Familiare della persona non autosufficiente

€ Tutore/ Curatore o Amministratore di Sostegno della persona non autosufficiente (in caso di tutore, curatore o amministratore di sostegno allegare copia del decreto del tribunale)

di poter accedere al beneficio del Buono Sociale per persone anziane non autosufficienti con età superiore a 65 anni.

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

DICHIARA

DATI RIFERITI AL BENEFICIARIO

Cognome _____

Nome _____

Nato/a a _____ Prov. ____ il ____/____/____

Sesso maschio femmina

Codice Fiscale: _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Comune di residenza _____ Prov. _____

Residente in via/p.za _____

Comune di domicilio (se diverso dalla residenza) _____ Prov. _____

Domiciliato in via/p.za (se diverso dalla residenza) _____

Recapito telefonico 1 _____

Indirizzo e-mail _____

Responsabile del Procedimento: **Annamaria Di Bartolo** e-mail: ufficio.piano@sercop.it Tel: 02 93207359 366 6393594

DATI DEL RICHIEDENTE (SE DIVERSO DAL BENEFICIARIO)

Cognome _____

Nome _____

Nato/a a _____ Prov. ___ il ___/___/___

Sesso maschio femmina

Codice Fiscale: _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Comune di residenza _____ Prov. _____

Residente in via/p.za _____

Comune di domicilio (se diverso dalla residenza) _____ Prov. _____

Domiciliato in via/p.za (se diverso dalla residenza) _____

Recapito telefonico 1 _____

Recapito telefonico 2 _____

Indirizzo e-mail _____

Dichiara di (segnare con una crocetta le opzioni corrispondenti alla propria situazione)

- € di aver preso visione delle modalità di erogazione del Buono Sociale per persone con disabilità grave di età superiore a 65 anni (ai sensi della DGR 7856/18 – MISURA B2)
- € di essere non autosufficienti con riconoscimento di invalidità al 100% e in possesso di indennità di accompagnamento ai sensi della L.18/80 e successive modifiche/integrazioni con L.508/1988 (o di essere in corso di ricevimento)
- € essere in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge 104/1992
- € di essere mantenuti presso il domicilio e necessitare di assistenza continuativa
- € di non frequentare alcuna struttura diurna socio-assistenziale o socio-sanitaria (es. CDD, CDI, CD) o della rete sociale (APA/CASA/CDS)
- € di non usufruire dei seguenti benefici/servizi:
 - Misura B1
 - Misura Reddito di Autonomia anziani o disabili 2019/2019 (Decreto 19486 del 21/12/2018)
 - Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n.15/2015
 - misura Dopo di Noi nelle modalità previste dalla normativa regionale vigente
 - interventi a valere sul progetto PRO.VI.
 - altri strumenti della misura B2

ALLEGA

- Fotocopia documento d'identità del beneficiario,
- Codice Fiscale del beneficiario;
- Fotocopia documento d'identità del familiare

