DOMANDA DI EROGAZIONE BUONO SOCIALE PER PERSONE CON DISABILITA' GRAVE CON ETA' COMPRESA DAI 3 ANNI FINO A 64 ANNI (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 con disabilità grave con età fino a 64 anni non autosufficienti.

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 _____

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 solo le opzioni corrispondenti alla propria situazione)

€ di aver preso visione delle modalità di erogazione del Buono Sociale per persone con disabilità grave di età di età compresa tra i 3 anni fino a 65 anni (ai sensi della DGR 1253/19 – MISURA B2)

€ di essere non autosufficienti con riconoscimento di invalidità al 100%

€ di essere 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) o della certificazione della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, c.3 della L.104/92

€ 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 (CSE/SFA/CA)

€ 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
- Fotocopia documento d'identità curatore/amministratore di sostegno e relativo decreto di nomina;
- Certificato verbale di invalidità civile (da rendere disponibile il certificato senza omissis in sede di valutazione o visita dell'assistente sociale)

- Certificato indennità di accompagnamento L. 18/80 e successive modifiche con L.508/1988 o richiesta di rilascio della certificazione

oppure

- Condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge 104/1992
- ISEE in corso di validità come indicato all'articolo 2) o, in assenza, ricevuta di avvenuta presentazione della Dichiarazione sostitutiva Unica (DSU) rilasciata dall'ente acquisitore

Nel caso di accoglimento della domanda l'erogazione del beneficio economico dovrà essere effettuata sul seguente conto corrente bancario o postale

Agenzia Bancaria

____

Intestato/i del conto corrente

____

IBAN _/__/

(Indicare il numero zero con una barra sopra. Esempio per la trascrizione del numero zero: Ø)

Nel caso di accoglimento della domanda sarà mia cura compilare e inviare tutti i mesi, entro il quinto giorno del mese successivo, l'autodichiarazione di esistenza in vita e comunicare eventuali variazioni nella mia situazione (ad esempio ricoveri temporanei o definitivi)

Luogo e data: ____

Firma del richiedente:____

PRENDE ATTO:

Che l'amministrazione si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese (art. 71 del D.P.R. n. 445/2000).

I dati personali forniti dai soggetti nell'ambito della presente procedura saranno trattati conformemente al Reg. (UE) 2016/679 del 26 aprile 2016 (Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali) ed alla normativa nazionale in materia (D.lgs. 196/2003 e s.m.i.). Il titolare del trattamento è il legale rappresentante pro-tempore di SER.CO.P.

Luogo e data: __________________________ Firma del richiedente: ___________________