

**DOMANDA DI EROGAZIONE BUONO SOCIALE PER PERSONE ANZIANE CON ETA' SUPERIORE A 65 ANNI
NON AUTOSUFFICIENTI (AI SENSI DELLA DGR 2720/2019 – 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) _____

Documento di identità Carta d'identità Passaporto

N. documento identità _____ Rilasciato il ___/___/___

Rilasciato da _____

Recapito telefonico _____

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) _____

Documento di identità Carta d'identità Passaporto

N. documento identità _____ Rilasciato il ____/____/____

Rilasciato da _____

Recapito telefonico 1 _____

Recapito telefonico 2 _____

Indirizzo e-mail _____

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

- Di essere/di NON essere sottoposto ad amministrazione di sostegno/tutela/curatela con Decreto ADS n. _____ del Tribunale di _____ (indicare: nome/cognome dell'Amministratore di sostegno – contatto telefonico- email)
- 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 2720/19 – 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)
- 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 avere un ISEE socio-sanitario inferiore o uguale a € 25.000
- di essere/di NON essere assistito al domicilio da un assistente personale regolarmente assunto per n. _____ ore alla settimana (indicare assistenza settimanale prevista dal contratto di assunzione)
- di non usufruire dei seguenti benefici/servizi:
 - della Misura B1
 - della Misura Reddito di Autonomia anziani (voucher 2019-2020 Decreto 19486 del 21/12/2018)
 - del Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n.15/2015
 - di inserimento o frequenza strutturata e continuativa in centri diurni (CDI, CD, ecc...)

(A CURA DELL'ISTRUTTORE AMMINISTRATIVO)

La domanda è stata compilata attraverso il supporto dell'operatore _____ dello Sportello Telefonico di Sercop per Misura B2 e inoltrata all'indirizzo e-mail _____ comunicato dal cittadino in data _____ e protocollato con n. _____.

Eventuali trascrizioni erranee dovranno essere tempestivamente comunicate, non oltre la scadenza prevista per la presentazione della domanda, pena inammissibilità della stessa.

In caso di accoglimento dell'istanza in qualità di beneficiario idoneo alla misura prima dell'accredito sul conto corrente indicato, sarà necessario sottoscrivere la presente richiesta di accesso al contributo Misura B2, pena inammissibilità della stessa.

Luogo e data: _____

Firma del richiedente: _____
