



COMUNE DI

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE BUONO SOCIALE ASSISTENTI FAMILIARI ANNO 2010

Il sottoscritto/a (cognome)(nome).....
nato/a a Prov. il
residente in via/piazza n°
Comune di C.A.P. Prov.
Recapito telefonico
Codice Fiscale

RICHIEDE

l'assegnazione del BUONO SOCIALE PER ASSISTENTI FAMILIARI mirato a sostenere la famiglia rispetto agli oneri derivanti dalla regolarizzazione dei contratti di lavoro degli assistenti familiari, nonché rispetto alle spese derivanti dalla loro retribuzione.

A tal fine, avvalendosi della facoltà concessa dagli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità personale

DICHIARA

- di essere **residente in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale** di Romano di Lombardia;
- in caso di cittadino straniero: di essere residente in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale n. 14 da almeno 5 anni e di possedere la Carta di Soggiorno (allegare copia della Carta di Soggiorno);
- di avere un'età **non inferiore ai 75 anni** compiuti o da compiere nell'anno 2010;
- di essere in condizione di non autosufficienza, documentata da certificazione di **totale invalidità con diritto all'indennità di accompagnamento** (come da copia verbale allegata);
- di avvalersi delle prestazioni di assistenza e cura di un assistente familiare (badante) regolarmente assunto, con un **contratto di lavoro di convivenza** (allegare copia del contratto di lavoro);
- che il proprio nucleo familiare è composto, oltre all'assistito, dalle seguenti persone:

COMPONENTI DELLO STATO DI FAMIGLIA

Cognome e Nome	Grado di parentela	Data di nascita

- che l'Attestazione del valore I.S.E.E. (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) corrispondente al nucleo familiare sopra riportato (come da copia Attestazione allegata e riferita alla **situazione reddituale anno 2009**) è la seguente:

Valore I.S.E.E.	€
-----------------	---

- di essere a conoscenza che il BUONO SOCIALE PER ASSISTENTI FAMILIARI non è erogabile ai richiedenti la cui attestazione I.S.E.E. superi il valore di € 20.000=
- che il BUONO SOCIALE PER ASSISTENTI FAMILIARI verrà utilizzato esclusivamente per sostenere le spese derivanti dall'assunzione dell'assistente familiare (badante) che presta le cure necessarie per garantire la permanenza a domicilio del soggetto richiedente;
- di impegnarsi a sottoscrivere con il Servizio Sociale un "Patto assistenziale" che prevede azioni di formazione/aggiornamento e/o di tutoring domiciliare a favore del personale addetto all'assistenza al fine di qualificare il lavoro di cura svolto a domicilio;
- di impegnarsi a comunicare, direttamente o tramite un familiare, l'eventuale:
 - cessazione del contratto di lavoro con l'assistente familiare
 - ricovero definitivo in R.S.A. o temporaneo in strutture residenziali, semiresidenziali, I.D.R. o ospedali per un periodo superiore ai 30 giorni consecutivi nel corso dell'anno
 - trasferimento della residenza in un altro ambito territoriale
 - altro motivo che faccia venir meno la necessità di cure domiciliari o il diritto alla fruizione del buono sociale
- di essere a conoscenza che, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 1, si procederà ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 3, il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti;
- di richiedere la seguente modalità di pagamento (sollevando l'Ente da qualsiasi responsabilità anche nei confronti di eventuali altri aventi diritto):

BONIFICO BANCARIO sul Corrente Bancario (o Postale)

intestato a grado di parentela

Banca d'appoggioFiliale di

Codice IBAN

- RISCOSSIONE DIRETTA** presso la Tesoreria del Comune di Romano di L.dia – Banca di Credito Cooperativo di Calcio e Covo – Filiale in Via G.B. Rubini n. 2 a Romano di L.dia con mandato intestato a :

Cognome e nomegrado di parentela.....
nato/a a Prov. il
residente in via/piazza n°
Comune diC.A.P..... Prov.
Codice Fiscale

Luogo e data

IL DICHIARANTE

Informativa ai sensi dell'Art. 13 del D.Lgs. 196/2003 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali"

Ai sensi del D.lgs. 196/2003, recante disposizioni per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, La informiamo di quanto segue:

- il trattamento è indispensabile ai fini dell'erogazione del Buono Sociale;
- il trattamento è realizzato da personale dell'Ufficio di Piano e dei Comuni anche con l'utilizzo di mezzi elettronici;

Preso atto dell'informativa di cui sopra, ai sensi del D.lgs. 196/2003, il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali che lo/la riguardano, funzionale agli scopi per i quali è posto in essere.

Luogo e dataFirma

- 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 se ricorre questo caso)
- La presente dichiarazione è resa in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale (barrare se ricorre questo caso)

Indicare i dati anagrafici della persona che dichiara nell'interesse del soggetto impedito/incapace:

Cognome e Nome grado di parentela.....
n. tel/cell.....