

**ANNO 2010**

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE  
"PROGETTI SPERIMENTALI E INTERVENTI PER LA PERMANENZA IN FAMIGLIA  
DI SOGGETTI PARZIALMENTE O TOTALMENTE NON AUTOSUFFICIENTI"  
MISURA D- D.G.R. 9151/2009 E D.D.G. 6440/2010**

\*

Il/la sottoscritto/a (cognome) .....(nome) .....  
nato/a: ..... Prov. di ..... il .....  
codice fiscale.....  
residente in Via/piazza ..... n° .....  
Comune di .....CAP.....Prov. di.....  
indicare sempre uno o più numeri di telefono specificando a chi corrispondono (familiare, persona  
di riferimento): Tel. ....../.....in qualità di: (evidenziare la voce che interessa)

- diretto interessato
- familiare

**CHIEDE**

di usufruire del Buono a sostegno della famiglia che si avvale di assistenti familiari finalizzato alla  
cura del Sig./Sig.ra ..... nato/a  
..... prov. di ..... il .....  
C.F. .... residente in Via/Piazza .....  
..... Comune di .....  
a partire dal mese di ..... 2010.

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

**DICHIARA**

- 1) che la persona invalida beneficiaria delle cure dell'assistente familiare:
  - è residente nel comune di .....
  - è in possesso di invalidità di almeno il 75% riconosciuto da competente commissione medica
  - è in possesso di conteggio Isee non superiore ad €30.000,00;
- 2) che il nucleo familiare di convivenza risulta così composto:

Cognome e Nome	Grado di parentela/altro	Data di nascita


- 3) che la persona fragile assistita è stata dimessa in data ..... dalla struttura residenziale denominata ..... avente sede .....
- 4) di impegnarsi a comunicare tempestivamente e comunque entro le 48 ore dall'evento all'Ufficio di Piano sia telefonicamente che via fax (tel 0383/8078227- 0383/890212- fax 0383/82472), eventuali decessi, ricoveri in struttura, risoluzione del contratto con l'assistente familiare, cambio di residenza dell'assistito, ovvero qualsiasi variazione dei dati dichiarati che comporti la sospensione del buono economico.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**\* la domanda dovrà essere compilata interamente in stampatello.**

**NOMINATIVO A CUI ACCREDITARE L'EVENTUALE BUONO SOLO SE PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE:**

Poiché il beneficiario del buono dovrà presentarsi presso la Banca Popolare di Sondrio – Agenzia di Casteggio sita in P.zza Cavour, per il ritiro della somma, se il firmatario della domanda fosse impossibilitato a presentarsi personalmente in Banca, si prega di precisare il delegato:

Nome.....Cognome.....

nato a.....il.....

c.f..... residente a.....

in Via .....

Si allegano:

- attestazione ISEE comprensiva della dichiarazione sostitutiva delle condizioni economiche;
- copia del contratto di lavoro dell'Assistente familiare di almeno 24 ore settimanali;
- copia del documento di riconoscimento dell'assistente familiare;
- copia carta di identità del firmatario della domanda;
- certificazione sanitaria attestante la percentuale di invalidità di almeno il 75% rilasciata dalla commissione medica competente;
- copia dei versamenti contributivi e ricevute pagamento retribuzioni, relative alle mensilità 2010;
- stato di famiglia dell'assistito;
- attestazione della struttura residenziale riportante la data di dimissioni del soggetto fragile assistito, richiedente il buono.