

ANNO 2010

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE
A SOSTEGNO DELLA FAMIGLIA CHE SI AVVALE DI ASSISTENTI FAMILIARI
MISURA C- 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 diCAP.....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 al 100% riconosciuta 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) 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 (verbale di invalidità) attestante la percentuale di invalidità del 100% rilasciato da apposita commissione medica;
- copia dei versamenti contributivi e ricevute pagamento retribuzioni, relative alle mensilità 2010;
- stato di famiglia dell'assistito.