

DOMANDA PER LA CONCESSIONE DEL BUONO SOCIALE A FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI E DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE ASSISTITE AL DOMICILIO

- ANNO 2014 -

*Intervento in attuazione della DGR 740/2013 - Fondo Non Autosufficienze - 2013
Ambito territoriale distrettuale n° 11 del Garda*

AI COMUNE di _____
Ufficio Servizi Sociali

e, p.c. Alla Fondazione Servizi Integrati Gardesani

___ I ___ sottoscritt _____ nat ___ il _____

a _____ (*allegare copia Carta di Identità*) codice fiscale _____

residente in _____ Via /Piazza _____

Telefono _____ relazione di parentela con l'assistito _____

FA ISTANZA PER OTTENERE LA CONCESSIONE DEL BUONO SOCIALE

a favore di _____ nat ___ il _____

a _____ (*allegare copia Carta di Identità*) codice fiscale _____

residente in _____ Via/Piazza _____

Telefono _____

Al tal fine dichiaro/a che il/la Sig./ra possiedo/e i seguenti requisiti per l'accesso:

- di essere **residente**, nel Comune di _____;
- di essere **assistito/a al domicilio** dal sig./sig.ra _____ grado di parentela con l'assistito/a _____;
- di appartenere ad un nucleo familiare, con indicatore **ISEE inferiore ad € 10.800,00** (*allegare ISEE*);
- di essere in possesso della **certificazione di totale invalidità 100% con indennità di accompagnamento** (anziani) rilasciata dalla competente Commissione Sanitaria o della **certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3 L. 104/92** (disabili) (*allegare certificazione*);
- che il nucleo familiare è così composto (*indicare i componenti **escludendo l'eventuale beneficiario***):

RELAZIONE (1)	COGNOME E NOME	ETA'	ATTIVITA'	INDICATORE ISEE (2)

(1) indicare il grado di relazione con l'eventuale beneficiario.

(2) indicare con SI-NO se percettore di reddito valido ai fini ISEE.

CRITERI PER LA VALUTAZIONE DEL REDDITO

Per quantificare il livello di reddito familiare, si applica la disciplina di cui al D.Lgs. 109/98 e D.Lgs. 130/2000 e successive integrazioni e modificazioni.

In caso di variazione di residenza e in caso di variazione dell'indicatore ISEE l'utente è tenuto ad effettuare e comunicare ai servizi sociali del Comune di residenza la nuova dichiarazione, che potrà comportare la variazione della posizione nella graduatoria distrettuale. I servizi sociali dei Comuni dovranno effettuare mensilmente i controlli sulle variazioni di residenza e sulle dichiarazioni ISEE.

La graduatoria distrettuale sarà sottoposta a revisione mensile.

MODALITÀ DI FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA 2014

Ai fini della formazione della graduatoria il sottoscritto dichiara:

- che nel proprio nucleo familiare sono presenti (**escluso l'eventuale beneficiario**) n. _____ percettori di reddito da pensione inclusi nella dichiarazione ISEE
- che nel proprio nucleo familiare sono presenti (**escluso l'eventuale beneficiario**) n. _____ percettori di reddito da lavoro incluso nella dichiarazione ISEE
- di essere assistito/a da assistente personale regolarmente assunta alla data di presentazione della domanda (allegare copia del contratto di lavoro o busta paga)
- di essere assistito/a da caregiver familiare convivente (incluso nel nucleo familiare anagrafico) alla data di presentazione della domanda
- di essere assistito/a da caregiver familiare NON convivente alla data di presentazione della domanda
- di non essere inserito e/o frequentare strutture e/o servizi residenziali o semiresidenziali
- di non frequentare, se minori di 18 anni, servizi scolastici pubblici o privati.

Data _____

Firma _____

A parità di punteggio prevale:

- a. l'ISEE inferiore
- b. l'età superiore a 65 ovvero inferiore a 18
- c. l'assistenza prestata da assistente personale
- d. l'assenza di reti familiari e di volontariato.

INCOMPATIBILITÀ DEL BUONO CON ALTRE PRESTAZIONI

Il buono è incompatibile con:

- l'inserimento e/o la frequenza di servizi semiresidenziali e residenziali e pertanto, decade dal giorno del ricovero stesso;
- la frequenza di servizi scolastici (se minori di 18 anni).

ENTITÀ DEL BUONO E MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il valore mensile del buono è stato stabilito in € 180,00 mensili.

Non potrà essere concesso più di un contributo per ciascun nucleo familiare richiedente.

- con accredito sul conto corrente bancario o postale:

INTESTATARIO CONTO e SPORTELLO BANCARIO	CODICE ABI	CODICE CAB	CONTO CORRENTE BANCARIO
CODICE IBAN (OBBLIGATORIO)			

- con assegno circolare (intestato a _____).

Data _____

Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DELLA D. LGS. N. 196/2003

Ai sensi dell'ART.13 del D.lgs. n. 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali" si informa che:

1. *Le finalità cui sono destinati i dati raccolti sono inerenti al perseguimento di obblighi specificatamente richiesti nel procedimento ad evidenza pubblica cui il presente intervento è rivolto.*
2. *Le Modalità di trattamento sono inerenti a funzioni istituzionali.*
I dati saranno inseriti in una o più banche dati e/o conservati in archivi cartacei o su supporto magnetico e saranno trattati manualmente oppure attraverso l'ausilio di sistemi elettronici, telematici e con ogni altro mezzo messo a disposizione dalla tecnica e dall'evoluzione tecnologica nel rispetto della legge. Il trattamento dei dati avverrà in modo lecito e corretto e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.
3. *La natura obbligatoria e facoltativa del conferimento e conseguenze dell'eventuale rifiuto.*
Il conferimento dei dati ha natura facoltativa, si configura più esattamente come onere, nel senso che il richiedente, se intende ottenere l'assegnazione della prestazione, deve rendere la documentazione richiesta dall'Ambito in base a quanto stabilito per ottenere l'a prestazione. La conseguenza di un eventuale rifiuto di rispondere consiste nell'esclusione dell'assegnazione del titolo.
4. *I soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati sono:*
 - Il personale amministrativo interessato al procedimento.
 - Gli interessati partecipanti al servizio.
 - Ogni altro soggetto che vi abbia interesse ai sensi della L.241/90.
5. *I Diritti spettanti all'interessato sono quelli di cui all'art.7 del Codice della Privacy, cui si rinvia.*
6. *Il Titolare del trattamento dei dati è Fondazione Servizi Integrati Gardesani, con sede a Salò (Bs), Piazza Carmine 4, nella persona del legale rappresentante pro - tempore il Presidente dott. Stefano Visconti.*
7. *Il Responsabile del trattamento dei dati personali è il Direttore della Fondazione S.I.G. dott. Davide Boglioni.*
8. *Il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti, anche informatici, idonei a garantire la sicurezza e riservatezza ed al solo fine di erogare le prestazioni previste dall'intervento. I dati ed i documenti saranno rilasciati all'autorità giudiziaria che ne facciano richiesta nell'ambito dei procedimenti a carico dei richiedenti. I dati sono trattati in forma anonima quando il trattamento avviene a fini statistici, di studio, informazione, di ricerca e di diffusione.*
9. *Il trattamento ha luogo presso la suddetta sede e presso le sedi di seguito riportate:*
 - Sede operativa: Fondazione Servizi Integrati Gardesani – Piazza Carmine 4 Salò.
 - Sede del Comune di residenza del richiedente.

Per il Comune di residenza il responsabile designato dall'ente, cui può rivolgersi per l'esercizio dei suoi diritti, è il/la sig./ra _____.

Data _____ Firma _____

Preso atto dell'informativa di cui sopra ai sensi degli articoli 10 e 11 della legge 675/1996 e successive modificazioni, il/la sottoscritt _____
acconsente al trattamento dei dati personali che lo/la riguardano, funzionale agli scopi per i quali è posto in essere.

Data _____ Firma _____

ALLEGATI ALLA DOMANDA:

- DICHIARAZIONE ISEE
- CARTA DI IDENTITA' DI CHI PRESENTA E SOTTOSCRIVE LA DOMANDA
- COPIA CARTA IDENTITA' DELL'EVENTUALE BENEFICIARIO
- CERTIFICAZIONE DI INVALIDITA' 100% CON ACCOMPAGNAMENTO RILASCIATA DALLA COMMISSIONE COMPETENTE O CERTIFICAZIONE DI GRAVITA' AI SENSI DELL'ART. 3 L. 104/92
- EVENTUALE DELEGA PER LA RISCOSSIONE DEL BUONO

Data _____ Il Funzionario incaricato _____

RISERVATO AL COMUNE

Data di presentazione _____

Protocollo n ° _____

Il Funzionario addetto _____