

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

- ANNO 2015 -

*Intervento in attuazione della DGR 2883/2014 - Fondo Nazionale Non Autosufficienze  
Ambito territoriale n°11 del Garda*

Al **COMUNE** di \_\_\_\_\_  
Ufficio Servizi Sociali  
e, p.c. Alla **Fondazione Servizi Integrati Gardesani**

\_\_\_l\_\_\_ 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 possedere indicatore **ISEE pari o inferiore ad € 12.000,00 (allegare)**;
- 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 comma 3 L. 104/92 (disabili) (allegare documentazione)**;
- 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 2015**

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'attestazione 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;

**ENTITÀ DEL BUONO E MODALITÀ DI PAGAMENTO**

Il valore mensile del buono è stato stabilito in € 200,00 mensili.

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

- con accredito sul conto corrente bancario o postale:

<b>INTESTATARIO CONTO e SPORTELLO BANCARIO</b>	<b>CODICE ABI</b>	<b>CODICE CAB</b>	<b>CONTO CORRENTE BANCARIO</b>
<b>CODICE IBAN (OBBLIGATORIO)</b>			

- 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:**

- ATTESTAZIONE ISEE
- CARTA DI IDENTITA' DI CHI PRESENTA E SOTTOSCRIVE LA DOMANDA
- COPIA CARTA IDENTITA' DELL'EVENTUALE BENEFICIARIO
- CERTIFICAZIONE DI INVALIDITA' 100% CON INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO RILASCIATA DALLA COMMISSIONE COMPETENTE O CERTIFICAZIONE DI GRAVITA' AI SENSI DELL'ART. 3 COMMA 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 \_\_\_\_\_