



Che la persona destinataria del buono sociale è in possesso di:

- **certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 104/92 ovvero della certificazione di invalidità con indennità di accompagnamento**
- **attestazione ISEE (socio sanitario o ordinario) pari/inferiore a euro 12.000,00**

Il/la richiedente dichiara inoltre:

- a) di impegnarsi a comunicare tempestivamente, direttamente o mediante un familiare:
  - 1) l'eventuale ricovero in struttura residenziale;
  - 2) eventuali altri motivi che determinino il venire meno del diritto di concessione del buono;
- b) di impegnarsi a definire con il Servizio Sociale del Comune di residenza, qualora il Buono venga concesso, un progetto individualizzato nel quale siano individuati gli interventi anche migliorativi delle condizioni di assistenza che saranno sostenuti attraverso le risorse aggiuntive del buono sociale;
- c) di autorizzare visite domiciliari ai fini della valutazione della domanda e dei controlli sull'assistenza prestata;
- d) di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese, il sottoscritto decadrà dai benefici ottenuti.

#### MODALITÀ DI FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA

Ai fini della formazione della graduatoria il/la sottoscritto/a dichiara:

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	di aver beneficiato degli interventi previsti dalla misura B2 nell'annualità precedente
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	di essere assistito/a da assistente personale regolarmente assunta alla data di presentazione della domanda (allegare copia contratto di lavoro in corso di validità o cedolino paga)
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	di essere assistito/a da <u>caregiver familiare convivente</u> (incluso nel nucleo anagrafico)
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	di essere assistito/a da caregiver familiare <u>NON convivente</u>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	di frequentare servizi semiresidenziali (CSE, CDD, SFA, CDI)
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	di essere inserito/a in strutture residenziali
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	di usufruire della Misura 4 RSA aperta

Data\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_

#### INCOMPATIBILITÀ DEL BUONO CON ALTRE PRESTAZIONI

Il buono è incompatibile con l'inserimento in strutture residenziali e decade per effetto dello stesso.

#### ENTITÀ DEL BUONO

Il valore mensile del buono è stato stabilito in:

- **euro 200,00 mensili** (caregiver familiare)
- **euro 50,00 mensili** per persone con caregiver inserite in **servizi diurni**.
- **euro 400,00 mensili** (assistente personale familiare).

Non potrà essere concesso più di un contributo per nucleo familiare e per convivenza anagrafica.

**MODALITÀ DI PAGAMENTO**

con accredito sul conto corrente bancario o postale:

INTESTATARIO C/C	CODICE ABI	CODICE CAB	N. CONTO CORRENTE BANCARIO/POSTALE
<b>CODICE IBAN (allegare fotocopia)</b>			

con assegno circolare (intestato a \_\_\_\_\_).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA AI SENSI DEL D. LGS. N. 196 DEL 30.06.2003**

Ai sensi dell'ART.13 del D.lgs. n. 196/2003 – Codice in materia di protezione 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 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 e 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. *Il conferimento dei dati ha natura facoltativa, si configura come onere, nel senso che il richiedente, se intende ottenere l'assegnazione della prestazione, deve rendere la documentazione richiesta dall' Azienda Speciale Consortile Garda Sociale in base a quanto stabilito per ottenere a prestazione. L'eventuale rifiuto di rispondere comporta l'esclusione dall'assegnazione del titolo. 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. Diritti spettanti all'interessato sono quelli di cui all'art.7 del Codice della Privacy, cui si rinvia.*
4. *Il Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Speciale Consortile Garda Sociale, con sede a Salò (Bs), Piazza Carmine 4, nella persona del legale rappresentante il Presidente dott. Stefano Visconti. Il Responsabile del trattamento dei dati personali è il Direttore della Fondazione dott. Davide Boglioni.*
5. *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 faccia 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. il trattamento dei dati personali è indispensabile ai fini dell'erogazione del buono sociale richiesto e viene realizzato dal personale dei servizi sociali di ambito, nonché da personale dei servizi socio-sanitari del territorio.*

Per il Comune di residenza il responsabile designato dall'ente è il/la sig./ra \_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Preso atto dell'informativa di cui sopra ai sensi degli artt. 10 e 11 L. 675/1996 e successive modifiche, \_L\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ acconsente al trattamento dei propri dati personali, funzionale agli scopi per i quali è posto in essere.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**ALLEGARE ALLA DOMANDA:**

- ATTESTAZIONE ISEE IN CORSO DI VALIDITA'
- COPIA DELLA CARTA DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' E CODICE FISCALE DEL BENEFICIARIO E DI CHI PRESENTA E SOTTOSCRIVE LA DOMANDA QUALORA PERSONA DIVERSA DAL BENEFICIARIO
- COPIA DELLA CERTIFICAZIONE GRAVITA' AI SENSI DELL'ART. 3 COMMA 3 L. 104/92
- EVENTUALE DELEGA PER LA RISCOSSIONE DEL TITOLO.

Data \_\_\_\_\_

Il funzionario incaricato \_\_\_\_\_