

CONSORZIO SERVIZI SOCIALI DELL'OLGIATESE

Piazza Volta, 1 22077 Olgiate Comasco

AL COMUNE DI

OGGETTO: DOMANDA DI ASSEGNAZIONE BUONO BADANTI

Il sottoscritto

Cognome e nome	
Nato a	
Il	
Residente a	
In via / n.	
Codice fiscale	
Telefono	
In qualità di	<input type="checkbox"/> Soggetto interessato <input type="checkbox"/> Familiare (specificare parentela.....) <input type="checkbox"/> Tutore (estremi decreto

CHIEDE

- per sé
- per il sig. / la sig.ra:

Cognome e nome dell'interessato al buono	
Nato a	
Il	
Residente a	
In via / n.	
Codice fiscale	
Telefono	

Età al 31.12._____ del soggetto interessato	Punteggio
---------------------------------------------	------------------

l'assegnazione del buono badanti istituito dai Comuni aderenti al Consorzio Servizi Sociali dell'Olgiatese.

A tal fine il sottoscritto, consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 ed informato che il Comune, anche in forma associata, potrà procedere a controlli diretti ad accertare la veridicità dei dati contenuti nella presente dichiarazione e la sussistenza dei requisiti per l'accesso al buono sociale

DICHIARA

Note per la compilazione: le parti in grigio sono riservate al Comune

a) che la persona per la quale è richiesto il buono badanti:

- è invalida al 100%, come risultante dal verbale n. del rilasciato dalla commissione sanitaria dell'ASL di per l'accertamento degli stati di invalidità;
- non è ricoverata in modo permanente presso una struttura di tipo residenziale;
- è assistita presso il proprio domicilio;
- è in possesso di un indicatore ISEE pari a €, come risulta dall'allegata Attestazione ISEE in corso di validità;

Punteggio

b) che nell'anno (si fa riferimento allo scorso anno) sono state percepite dai componenti il nucleo familiare le seguenti **altre entrate economiche**, non comprese nella dichiarazione sostitutiva unica ai fini ISEE:

Percettore	Natura dell'entrata	Importo netto annuo	
Totale			Punteggio

N.B.: Indicare le somme percepite da tutti i componenti del nucleo familiare nell'anno a titolo di prestazioni assistenziali erogate dall'INPS (es. pensioni sociali, assegni sociali, prestazioni agli invalidi civili, ciechi, sordomuti) e rendite erogate dall'INAIL

c) che il nucleo familiare della persona per la quale è richiesto il buono sociale è così composto:

Cognome e nome	codice fiscale	Persona anziana (più di 65 anni) o invalida oltre il 66% (barrare con una X)	In caso di invalidità indicare gli estremi del verbale di riconoscimento: Commissione ASL di verbale n., in data
Punteggio			Punteggio

Il sottoscritto si impegna a comunicare, anche tramite un familiare:

- l'eventuale ricovero della persona destinataria del buono sociale presso ospedale, istituto di riabilitazione o struttura residenziale, anche in caso di degenza temporanea;
- eventuali altri motivi che comportino la decadenza del diritto al buono (es.: decesso, cessazione della necessità di cure domiciliari, trasferimento in Comune non compreso nel distretto di Olgiate Comasco ecc.).

Data

Firma

Informativa ai sensi del D.Lgs 196/2003.

Ai sensi del D.Lgs.196/03 ed in relazione ai dati contenuti nella presente dichiarazione, La informiamo che:

- i dati sono raccolti esclusivamente ai fini della concessione ed erogazione del buono badanti erogato dal Consorzio Servizi Sociali dell'Olgiatese;
- i dati saranno trattati da parte del personale del Comune, anche in forma associata, e dell'ASL in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico;
- il conferimento dei dati è indispensabile ai fini dell'erogazione del buono sociale;
- l'eventuale rifiuto a fornire i dati richiesti comporta l'impossibilità da parte di questo Ente a dar corso alla domanda;
- l'interessato o il soggetto che rende la dichiarazione in sua vece potrà esercitare in ogni momento i diritti previsti dal D.Lgs. 196/03;
- il titolare cui competono le decisioni in ordine alle finalità, alle modalità del trattamento e della tutela dei dati personali è il Consorzio Servizi Sociali dell'Olgiatese.

Il sottoscritto, preso atto dell'informativa di cui sopra, ai sensi del D.Lgs. 196/03, acconsente al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione, per le finalità e con le modalità sopra elencate.

Data

Firma

<i>Nome del compilatore</i>	<i>Recapito telefonico richiedente</i>
<i>Punteggio scala di Barthel</i>	<i>Punteggio situazione socio/economica</i>
<i>Punteggio complessivo: Scala di Barthel (70%) + Situazione Socio/Economica (*8.34*30%)</i>	<i>Punteggio complessivo attribuito</i>

N.B. Allegare copia del documento di identità del dichiarante