

CONSORZIO SERVIZI SOCIALI DELL'OLGIATESE

Piazza Volta, 1 22077 Olgiate Comasco

AL COMUNE DI

OGGETTO: DOMANDA DI ASSEGNAZIONE BUONO SOCIALE ANZIANI

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. anno precedente del soggetto interessato	<i>Punteggio</i>
--	------------------

l'assegnazione del buono sociale anziani per l'anno corrente 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

DICHARA

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

- 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 **passato** 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 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.).

Nel caso di assegnazione del buono sociale, il sottoscritto chiede che il contributo sia corrisposto:

- mediante assegno circolare intestato al sottoscritto, da recapitare al seguente indirizzo:

Via n. CAP

Comune

mediante accredito sul c/c bancario / postale n.

intestato a:

banca / ufficio postale:

agenzia di: ABI CAB

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 sociale 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