



Comune di Origgio

Provincia di Varese

Domanda di Assegnazione del Buono Sociale ANNO 2009 Per anziani non autosufficienti assistiti a domicilio da parenti o volontari

Delibera di Consiglio Comunale nr. 3 del 13.03.2009

DICHIARAZIONE RESA DAL FAMILIARE NELL'INTERESSE DI CHI SI TROVI IN SITUAZIONE D'IMPEDIMENTO TEMPORANEO PER RAGIONI DI SALUTE

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. di _____ il _____

residente in Via/Piazza _____ Nr. _____

Comune di _____ CAP _____ Prov.di _____ Telefono _____

codice fiscale

CHIEDE

L'assegnazione del Buono Sociale per sostenere le cure atte ad assicurare la permanenza a domicilio di anziani non autosufficienti.

A tal fine, consapevole che – ai sensi dell'articolo 76 del D.p.r. 445/2000 – le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- Di essere stato/a riconosciuto/a invalido con diritto all'indennità di accompagnamento, come da verbale allegato in copia alla presente domanda, rilasciato dalla Commissione Sanitaria per accertamento degli stati di invalidità dell'A.S.L. di _____ ;
- Che il valore I.S.E.E. (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) del proprio nucleo familiare non è superiore a € 9.000,00; attestazione allegata in copia
- Che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. ____ altri componenti oltre il beneficiario (in tal caso l'I.S.E.E. non deve superare € 13.000,00.=); attestazione allegata in copia
- Che il proprio nucleo familiare è formato da due anziani, di età uguale o superiore a 75 anni entrambi con i requisiti di invalidità per poter accedere al buono sociale ma con un ISEE superiore a €13.000,00;

Il/La sottoscritto/a, inoltre, dichiara di:

- impegnarsi a comunicare, direttamente o tramite un familiare l'eventuale ricovero presso R.S.A. (Residenza Sanitario-Assistenziale);
- di impegnarsi a comunicare, direttamente o tramite un familiare, l'eventuale cambio di residenza al di fuori del Distretto di Saronno (Comuni di: Caronno P.lla, Cislago, Gerenzano, Origgio, Saronno e Uboldo);



Comune di Origgio

Provincia di Varese

Dichiarazione del parente dell'anziano

Il sottoscritto: NOME _____ COGNOME _____

in qualità di (specificare il grado di parentela o di affinità: es. figlio, nipote, ecc.): _____

DICHIARA:

- di essere impegnato personalmente o tramite i miei familiari nell'attività di cura;
- di essere responsabile del piano di cura attuato tramite persona di mia fiducia.

Allegare fotocopia carta d'identità del parente dell'anziano.

_____ firma del parente

Saronno, il _____

Nota Bene:

Le domande presentate oltre il 30 aprile 2009, ed entro il 30 novembre 2009, saranno oggetto di una seconda graduatoria (a fine anno) sulla base della quale verranno erogate con effetto retroattivo, le risorse residue, non erogate in base alla prima graduatoria, fino ad esaurimento delle risorse disponibili.

Le domande presentate a mezzo posta devono essere inviate tramite raccomandata con ricevuta di ritorno: in questo caso si fa riferimento alla data del timbro postale.

ATTENZIONE: PARTE DA SOTTOSCRIVERE PER IL

CONSENSO DELL'ASSISTITO AL TRATTAMENTO DEI DATI

In applicazione del D. Lgs 196 del 30 giugno 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) si comunica che:

- 1) i dati richiesti sono necessari a determinare il diritto alla corresponsione del buono sociale;
- 2) il rifiuto a fornire i dati richiesti ha come conseguenza l'impossibilità ad accedere alla determinazione del buono;
- 3) Titolare del trattamento dei dati è il Comune di _____.



Il sottoscritto, in relazione a quanto previsto dal D. Lgs. 196 del 30 giugno 2003 (codice in materia del trattamento dei dati personali), esprime il proprio consenso alla raccolta ed al trattamento dei dati riportati o allegati alla presente dichiarazione), entro i limiti e secondo le finalità previste dalla stessa legge.

Firma



Comune di Origgio

Provincia di Varese

La suestesa dichiarazione viene resa ai sensi dell'art. 4 comma 2 del DPR n. 445/2000
dal
Sig. _____

Nato a _____ il _____ residente
a _____

In qualità di _____

Nell'interesse del Sig. _____

Nato a _____

il _____

Residente

a _____

Che si trova in situazione d'impedimento temporaneo alla sottoscrizione e alla dichiarazione per
motivi di salute

ACCERTAMENTO IDENTITA' DEL DICHIARANTE

Previa identificazione a mezzo di _____

Dichiaro che la firma del dichiarante è stata apposta sulla suestesa dichiarazione in mia
presenza

Data _____

II DIPENDENTE ADDETTO
