



# Comune di Origgio

## Provincia di Varese

**Domanda di assegnazione del Buono Sociale ANNO 2011  
per anziani non autosufficienti assistiti a domicilio da parenti o volontari**

**Deliberazione del 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 ad € 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

\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

#### Nota Bene:

**Le domande presentate oltre il 31.03.2011, ed entro il 30 novembre 2011, 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 n. 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 Origgio.



Il sottoscritto, in relazione a quanto previsto dal D.Lgs. n. 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

\_\_\_\_\_