

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEI TITOLI SOCIALI
- BUONO SOCIALE -**

Il/La sottoscritto/a (cognome) (nome),
nato/a a prov. il.....,
residente aVia/P.zza n.,
Indicare sempre uno o più numeri di telefono specificando a chi corrispondono (familiare, persona di riferimento): Tel/..... Tel/.....

CHIEDE

Di essere inserito/a nella graduatoria (anno) per l'assegnazione del Buono Sociale.
A tal fine, consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell'articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n° 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità.

DICHIARA

- di essere stato riconosciuto/a invalido/a civile con grado di invalidità 100% (come da verbale numero in data rilasciato dalla commissione sanitaria per accertamento degli stati di invalidità dell'A.S.L. di);
- di essere stato riconosciuto/a invalido/a con diritto all'indennità di accompagnamento (come da verbale numero in data rilasciato dalla commissione sanitaria per accertamento degli stati di invalidità dell'A.S.L. di)

• che il nucleo familiare di convivenza risulta così composto:

Cognome e nome	Grado di parentela/altro	Data di nascita	Invalidità civile/indennità di accomp. (indicare in caso di avvenuto riconoscimento)

- che i parenti tenuti agli alimenti (art. 433 C.C.), non conviventi sono:

Cognome e nome	Grado di parentela/altro	Data di nascita	Residenza	Professione

- di usufruire dei seguenti servizi domiciliari o di averli richiesti (compilare solo in caso affermativo):

Tipologia servizio	Indicare da quando è in corso	Indicare da quanto tempo è stato richiesto
S.A.D. (Servizio di assistenza domiciliare - Comunale)		
VOUCHER socio - sanitario - A.S.L.		

- che il Buono sociale verrà utilizzato per la seguente prestazione: (barrare una delle seguenti prestazioni)

- contributo per il pagamento di oneri previdenziali (INPS / INAIL) di badanti o altra persona regolarmente assunta per l'assistenza del titolare del buono, ad erogazione trimestrale, previa presentazione delle ricevute di versamento fino alla concorrenza massima di € 1.200,00 annui
- contributo per l'acquisto di ausili protesici (carrozzina, tutore, letto, ecc..) non erogati dal Servizio Sanitario Nazionale fino alla concorrenza massima di € 1.200,00, previa presentazione di regolare fattura di o ricevuta di acquisto.
- L'ammissibilità della richiesta sarà valutata congiuntamente con gli uffici ASL.

Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 30 giugno 2003, n.196

Ai sensi dell'art. 13 del citato decreto legislativo n. 196/03, in relazione alle informazioni personali che Lei potrà comunicarci e che questo Ente intende trattare in modo anonimo, La informiamo di quanto segue:

- il trattamento dei dati richiesti è diretto esclusivamente all'istruttoria dell'istanza
- il trattamento può essere effettuato con mezzi automatizzati e non
- le informazioni richieste con la presente modulistica sono necessarie all'evasione della pratica
- nella sua qualità di interessato Lei gode dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 196/03.

Data

Firma

Si allega:

- dichiarazione sostitutiva unica con attestazione ISEE relativa ai redditi dell'anno precedente;
- copia del verbale di visita per il riconoscimento dell'invalidità o dell'accompagnamento;
- fotocopia di un documento di identità (carta d'identità o libretto di pensione);
- in caso di impossibilità alla firma, certificato del medico curante comprovante l'impossibilità di sottoscrivere;
- documentazione attestante l'assunzione di badante o altra persona;
- copia della pratica per l'acquisto di ausili protesici