

PIANO DI ZONA



Monte Orfano

**ASSEMBLEA DEI SINDACI
TAVOLO ZONALE DI PROGRAMMAZIONE DELL'AMBITO N. 6
MONTE ORFANO
Comuni di Adro, Capriolo, Cologne, Erbusco, Palazzolo sull'Oglio e Pontoglio**

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE
A FAVORE MINORI CON DISABILITA' GRAVE – DGR XII/1669 DEL
28/12/2023 e s.m.i.
ANNO 2024**

(Piano di Zona dell'Ambito Distrettuale n. 6 Monte Orfano)

ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI
DEL COMUNE DI PALAZZOLO S/O
Da inviare all'indirizzo mail:
protocollo@cert.comune.palazzolosulloglio.bs.it

Protocollo
(riservato al Comune)

Il/la sottoscritto/a _____ in

nato/a a _____ prov. _____ il _____

C.F. _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

domiciliato a _____ in Via _____ n. _____

recapito telefonico _____

in qualità di genitore

CHIEDE

l'assegnazione del buono sociale, così come previsto nelle Linee Guida approvate dall'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito n.6 Monte Orfano per il minore:

nome e cognome _____

codice fiscale _____ nato a _____

residente a _____ in via _____

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità degli 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 che il minore è in possesso dei seguenti requisiti:

- reddito ISEE ORDINARIO in corso di validità (alla formazione del reddito ISEE concorrono gli elementi previsti dal DPCM 159/2013 elaborato ai sensi dell'art.6), pari ad € _____ ;
- certificazione di non autosufficienza e/o disabilità grave (come da doc. allegata):
- riconosciuto invalido al 100% con diritto all'indennità di accompagnamento
- riconosciuto disabile grave in possesso di certificato di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92.
- essere assistito a domicilio in maniera continuativa come di seguito specificato:
 - 1) cognome e nome di chi presta l'assistenza _____
Recapito _____

 - 2) Monte ore giornaliero di assistenza _____
 - 3) Tipo di prestazioni assistenziali garantite _____
- Che il minore non è beneficiario di altre prestazioni incompatibili con l'erogazione del presente buono (es. Misura B1);

INOLTRE SI IMPEGNA A:

- a) comunicare eventuali motivi che facciano venire meno la necessità di cure a domicilio o il diritto di concessione del buono;
- b) di autorizzare visite domiciliari dell'equipe di valutazione appositamente costituita, ai fini della valutazione della domanda e dei controlli sull'assistenza prestata;
- c) di essere a conoscenza che l'assegnazione del presente Buono esclude la possibilità di usufruire di analoghe provvidenze previste dalla Programmazione Zonale, aventi la finalità di sostenere la cura a domicilio di soggetti fragili;
- d) di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese, il sottoscritto decadrà dai benefici ottenuti;

e) di **INDICARE, OBBLIGATORIAMENTE, ENTRAMBE LE MODALITA' DI PAGAMENTO**, ai fini dell'accreditamento dei benefici economici:

1. accredito su c/c bancario n. _____, intestato a _____, presso la Banca _____ Ag. _____

CODICE IBAN																											

(allegare copia cartacea del Codice IBAN;)

2. ritiro presso lo sportello della tesoreria comunale tramite persona delegata al ritiro Sig./Sig.ra _____, residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____ recapito telefonico _____;

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati al Comune di Palazzolo sull'Oglio saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste Regolamento 679/2016/UE.

Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici.

Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Palazzolo sull'Oglio.

L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE.

L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici dell'Ente e consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo <http://www.comune.palazzolosulloglio.bs.it/sites/default/files/IMCE/privacy/6>

Preso atto dell'informativa il/la sottoscritto/a dichiarante.....

acconsente al trattamento dei dati personali qui contenuti in quanto funzionali agli scopi per i quali è posto in essere.

Luogo e data

In fede

Allegati: - Copia verbale d'invalidità civile e/o certificazione disabilità grave ai sensi dell'art.3 com. 3 L.104/92;
- Attestazione ISEE, ai sensi del DPCM 159/2013;
- Fotocopia della carta d'identità in corso di validità e codice fiscale del beneficiario e del richiedente.