



# AZIENDA SPECIALE CONSORTILE "OVEST SOLIDALE" BUONO SOCIALE

Al Comune di CASTEL MELLA  
Ufficio Servizi Sociali

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, codice fiscale: \_\_\_\_\_

## CHIEDE

l'erogazione del **BUONO SOCIALE** previsto negli interventi del Piano di zona 2009 – 2011 ai sensi della Legge 328/2000.

Recapito presso il quale si desidera avere le comunicazioni relative alla richiesta di Buono sociale:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

**Il/la sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità pienamente consapevole delle conseguenze penali in merito a false dichiarazioni:**

di essere cittadino italiano;

di essere cittadino: \_\_\_\_\_ (specificare);

di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;

di essere residente nel Comune di **Castel Mella** in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;

di essere invalido/a al 100% con diritto all'indennità di accompagnamento o di essere affetto da morbo di Alzheimer;

che all'interno del nucleo familiare sono presenti n. \_\_\_\_\_ persone affette da morbo di Alzheimer;

che all'interno del nucleo familiare sono presenti n. \_\_\_\_\_ persone che percepiscono un reddito oltre a se stessi;

di essere assistito/a al domicilio in maniera continuativa diurna e notturna;

di essere assistito/a al domicilio dall'anno \_\_\_\_\_;

di appartenere a un nucleo familiare con un valore I.S.E.E. non superiore a € 8.500,00;

che il Buono sociale verrà utilizzato per acquisire prestazioni finalizzate alla permanenza al domicilio garantite dalle seguenti persone:

Assistenza prestata da			cognome e nome	Grado di parentela o ruolo svolto	Conviventi	
CARE GIVER FAMILIARI	ASSISTENTI FAMILIARI O BADANTI	ASSISTENTE INFORMALE			SI	NO



# AZIENDA SPECIALE CONSORTILE “OVEST SOLIDALE” BUONO SOCIALE

L'eventuale erogazione del Buono Sociale dovrà avvenire:

con accredito sul conto corrente bancario (intestato o almeno cointestato al beneficiario del buono):

banca \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

ritiro in contanti presso la tesoreria del Comune di residenza

eventuale delegato al ritiro: nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_).

**A completamento della presente domanda si allega:**

- certificazione ISEE che attesti un valore non superiore a € 8.500,00
- copia della certificazione di totale inabilità rilasciata dalla competente commissione sanitaria dell'ASL per l'accertamento dell'inabilità civile o copia della certificazione rilasciata dalla competente commissione sanitaria dell'ASL che attesti che la persona è affetta da morbo di Alzheimer
- fotocopia di un documento d'identità

Castel Mella, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma (ai sensi dell'art.38 comma 3 del dLgs.445/2000)*

## DICHIARAZIONE ATTESTANTE L'ADEMPIMENTO DELLE FUNZIONI ASSISTENZIALI

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ **DICHIARA** che l'assistenza al domicilio viene resa da:

### 1. FAMILIARI

cognome e nome	Luogo e data nascita	Indirizzo	Rapporto di parentela con il richiedente

### 2. ASSISTENTE FAMILIARE - BADANTE

cognome e nome	Luogo e data nascita	Indirizzo	Tipologia rapporto di lavoro

*Allegare copia del contratto o documentazione attestante il tipo di rapporto lavorativo in essere.*

Castel Mella, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma (ai sensi dell'art.38 comma 3 del dLgs. 445/2000)*



# AZIENDA SPECIALE CONSORTILE “OVEST SOLIDALE” BUONO SOCIALE

## IN CASO DI IMPEDIMENTO DEL RICHIEDENTE A FIRMARE DICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 4 COMMA 2 DEL D.LGS. 445/2000

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ (allegato alla presente domanda)  
in qualità di:

- coniuge del richiedente il buono sociale;
- figlio/a del richiedente il buono sociale;
- parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado \_\_\_\_\_ (specificare);

**sottoscrivo la presente richiesta a nome e per conto** del/la sig/a \_\_\_\_\_  
impossibilitato/a alla firma per un impedimento temporaneo dovuto a problemi di salute.

**Si allega:** fotocopia carta d'identità del firmatario.

Castel Mella, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *firma*



**AZIENDA SPECIALE CONSORTILE**  
**“OVEST SOLIDALE”**  
**BUONO SOCIALE**

Presentata al Comune di CASTEL MELLA il \_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

DA TRASMETTERE

DA INTEGRARE

DA RESPINGERE

Trasmessa all' Azienda Speciale il \_\_\_\_\_

POSIZIONE NELLA GRADUATORIA DEFINITIVA \_\_\_\_\_