



# Città di Saronno

## Provincia di Varese

**Domanda di Assegnazione del Buono Sociale ANNO 2011  
Per anziani non autosufficienti assistiti a domicilio da assistenti domiciliari.**

**Delibera di Consiglio Comunale nr. 5 del 26/02/2009  
modificata con Deliberazione di Consiglio Comunale nr. 44 del 21/12/2010**

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

### **C H I E D E**

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

### **D I C H I A R A**

- 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 € 14.000,00;
- Che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. \_\_\_\_\_ altri componenti oltre il beneficiario ( in tal caso l'I.S.E.E. non deve superare € 18.000,00=);
- 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 € 18.000,00;

### **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.la, Cislago, Gerenzano, Origgio, Saronno e Uboldo);
- di essere assistito a domicilio da un'assistente assunta con regolare contratto di lavoro a tempo pieno ( contratto pari ad almeno 40 ore settimanali);



# Città di Saronno

## Provincia di Varese

- di essere a conoscenza che il Comune di Saronno , ai sensi dell'art. 7 del Regolamento per l'erogazione dei buoni sociali approvato con Deliberazione di C. C. \_\_\_\_\_, effettuerà idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi dell' art. 8 - del Regolamento sopra citato, il/la sottoscritto/a decadrà dai benefici concessi e il Comune provvederà al recupero dei benefici indebitamente ottenuti;
- di scegliere, ai fini dell'accreditamento dei benefici economici, una delle seguenti modalità di pagamento:

direttamente sul conto corrente bancario/postale nr. \_\_\_\_\_ intestato a:

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

Banca/Posta \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

CODICE IBAN:

\_\_\_\_\_

a mezzo mandato di pagamento ( da incassare presso lo sportello della tesoreria Comunale Banca Popolare di Milano Piazza De Gasperi 13, Saronno) intestato al/la sottoscritto/a e riscosso per suo conto dal Sig./Sig.ra :

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

N. tel. \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a nomina inoltre la persona alla quale saranno erogati i ratei maturati e non riscossi in caso di decesso, nel Sig./Sig.ra:

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

comune di \_\_\_\_\_ prov. di \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

In tal caso l'accrédito dei benefici economici avverrà tramite una delle seguenti modalità:

direttamente sul conto corrente bancario/postale nr. \_\_\_\_\_ intestato a:

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

Banca/Posta \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_



# Città di Saronno

## Provincia di Varese

CODICE IBAN:

□ □

a mezzo mandato di pagamento ( da incassare presso lo sportello della tesoreria Comunale Banca Popolare di Milano Piazza De Gasperi 13, Saronno) intestato al/la sottoscritto/a e riscosso per suo conto dal Sig./Sig.ra :

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

N. tel.\_\_\_\_\_

### Il sottoscritto premesso quanto sopra

DELEGA IL SIG. / LA SIG.RA

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ prov. di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in Via/Piazza \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

codice fiscale    □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

a presentare la richiesta di assegnazione di Buono Sociale

firma del dichiarante

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

**N.B. E' necessario allegare copia della carta d'identità del dichiarante e della persona delegata**

### 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 \_\_\_\_\_



# Città di Saronno

## Provincia di Varese

### Nota Bene:

**Le domande presentate oltre il 31 marzo 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 comunque pervenire al protocollo comunale entro il 30 novembre 2011.**

### 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

-----