

**DOMANDA DEL BUONO SOCIALE MENSILE PER COMPENSARE LE
PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ASSICURATE DAI FAMILIARI E/O PER
ACQUISIRE LE PRESTAZIONI DI UN ASSISTENTE FAMILIARE
– ANNO 2019 –**

Al Comune di _____

Il/La sottoscritto/a..... nato/a il
a.....Codice Fiscale
residente in via/piazza
n.....telefono mail.....
relazione di parentela con il beneficiario.....

**CHIEDE LA CONCESSIONE DEL BUONO SOCIALE
RELATIVO AL PERIODO 1 APRILE – 31 DICEMBRE 2019**

- a favore di se stesso;
 a favore della seguente persona:

.....
nato/a il.....a.....
genere M. F.
codice fiscale.....
residentevia/p.zza.....n.....
domiciliato (indicare solo se diverso da indirizzo residenza).....
.....

A tal fine ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni previste dagli artt.75 e 76 del medesimo D.P.R.

DICHIARA CHE

- il beneficiario **vive**:
 - da solo
 - con madre e/o con padre
 - con il coniuge
 - con figlio
 - altro (specificare) _____
- che il **nucleo familiare del beneficiario** è così composto (*indicare i componenti diversi dall'eventuale beneficiario*):

RELAZ.(1)	COGNOME E NOME	ETÁ	ATTIVITA'	REDDITO (2)

(1) Indicare la relazione di parentela con l'eventuale beneficiario

(2) Indicare con SI o NO se percettore di reddito

- il **valore dell'ISEE** del beneficiario, in corso di validità all'atto della presentazione della domanda, è pari ad Euro _____;

- l'attestazione ISEE è di tipo **ordinario** o **sociosanitario**;

- il beneficiario ha il riconoscimento di
 - invalidità con indennità di accompagnamento**;
 - invalidità art. 3 comma 3 Legge 104/92**;

- il beneficiario
 - ha assunto con regolare contratto la/il Sig.ra/Sig. _____
con decorrenza dal _____ e che la persona è **convivente** o **non convivente**;
 - è assistito al domicilio dal seguente familiare Sig.ra/Sig. _____
(relazione di parentela _____) e che la persona è **convivente** o **non convivente** ;

- il beneficiario
 - frequenta** a tempo parziale strutture semiresidenziali a carattere sanitario o socio sanitario (CDI, CDD, CSE);
 - non frequenta** a tempo parziale strutture semiresidenziali a carattere sanitario o socio sanitario (CDI, CDD, CSE);

- il beneficiario
 - usufruisce** delle misure previste nel reddito di autonomia e/o B1 (persone con disabilità gravissima) e/o del bonus per assistente familiare ex l.r. 15/2015;
 - non usufruisce** delle misure previste nel reddito di autonomia e/o B1 (persone con disabilità gravissima) e/o del bonus per assistente familiare ex l.r. 15/2015;

- il beneficiario
 - usufruisce** di interventi o sostegni a carattere assistenziale erogati da Enti pubblici o privati o da Enti previdenziali;(INPS, Home Care Premium, ecc.)
 - non usufruisce** di interventi o sostegni a carattere assistenziale erogati da Enti pubblici o privati o da Enti previdenziali; (INPS, Home Care Premium, ecc.)

- il beneficiario
 - usufruisce** della misura RSA Aperta (DGR 7769/2018);
 - non usufruisce** della misura RSA Aperta (DGR 7769/2018);

- il beneficiario
 - usufruisce** del servizio Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
 - non usufruisce** del servizio Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);

CHIEDE CHE

- l'eventuale erogazione del Buono avvenga a mezzo accredito sul c/c bancario e/o postale sul seguente **conto intestato** o **cointestato** al beneficiario:

Intestazione del conto.....

Nome Banca e/o Posta.....

Codice IBAN

SI IMPEGNA A

- concordare e condividere con il servizio sociale comunale il progetto assistenziale individualizzato e sottoscriverlo;
- fornire tutte le informazioni necessarie per la compilazione delle scale di valutazione IADL E ADL.

Lì

FIRMA _____

Allegati alla domanda:

- *copia del documento d'identità del richiedente e/o del beneficiario;*
- *certificazione del riconoscimento di gravità ai sensi dell'art.3 comma 3 della Legge 104/92 o dell'indennità di accompagnamento;*
- *eventuale altra documentazione che attesti che la persona ha in corso l'accertamento della condizione di gravità ai sensi dell'art.3 comma 3 della Legge 104/92;*
- *eventuale copia del contratto di lavoro dell'assistente familiare regolarmente registrato;*
- *eventuale copia dell'ultimo versamento di contributi a favore dell'assistente familiare regolarmente assunto.*

----- (tagliare lungo la riga)

COMUNE DI _____

Si attesta che in data odierna il/la Sig. ha presentato istanza per la concessione del Buono Sociale per l'anno 2019.

Lì

FIRMA _____

Informativa ai sensi art. 13 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati)

Il Titolare del trattamento dei dati è la Comunità Montana di Valle Sabbia che Lei potrà contattare ai seguenti riferimenti:

Telefono: 0365 8777 – E-mail: protocollo@cmvs.it - Indirizzo PEC: protocollo@pec.cmvs.it

Potrà altresì contattare il Responsabile della protezione dei dati al seguente indirizzo di posta elettronica: rdp@cmvs.it

La informiamo che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Il trattamento dei dati personali viene effettuato con finalità relative all'esecuzione di compiti di interesse pubblico connesse all'erogazione del contributo economico ai sensi dell'art. 6 par. 1 lett. e) e del Regolamento UE 679/2016.

I Suoi dati saranno trattati da soggetti privati e pubblici per attività strumentali alle finalità indicate, di cui l'ente si avvarrà come responsabili del trattamento. Saranno inoltre comunicati a soggetti pubblici per l'osservanza di obblighi di legge, sempre nel rispetto della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Non è previsto il trasferimento di dati in un paese terzo.

Le comunichiamo inoltre che il conferimento dei dati è obbligatorio per ottenere il contributo economico; qualora non fornirà tali informazioni non sarà possibile ottenere la prestazione richiesta.

I dati saranno conservati per il tempo necessario a perseguire le finalità indicate e nel rispetto degli obblighi di legge correlati.

Potrà far valere, in qualsiasi momento e ove possibile, i Suoi diritti, in particolare con riferimento al diritto di accesso ai Suoi dati personali, nonché al diritto di ottenerne la rettifica o la limitazione, l'aggiornamento e la cancellazione, nonché con riferimento al diritto di portabilità dei dati e al diritto di opposizione al trattamento, salvo vi sia un motivo legittimo del Titolare del trattamento che prevalga sugli interessi dell'interessato, ovvero per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

Potrà esercitare i Suoi diritti rivolgendosi al Titolare o al Responsabile della protezione dei dati, reperibili ai contatti sopra indicati.

Ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali qualora ne ravvisi la necessità.

Il Titolare non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

_____, li _____

Firma per esteso e leggibile per presa visione _____