

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE PER SOSTENERE PROGETTI DI
VITA INDIPENDENTE**

(ai sensi della DGR 5940/2016 Regione Lombardia – MISURA B2)

Al Comune di _____

IL RICHIEDENTE:

Il sig./la sig.ra (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ Prov. di _____ il _____
residente a _____ in via _____ n° _____
prov. _____ codice fiscale _____
Tel _____

In qualità di ☐ beneficiario, ☐ tutore, ☐ curatore, ☐ amministratore di sostegno,
☐ familiare (specificare _____), ☐ altro (specificare _____)

Per conto del **BENEFICIARIO** sotto riportato (compilare solo se si tratta di persona diversa dal richiedente)

COGNOME _____	NOME _____
NATO/A A _____	PROV. _____ IL _____
RESIDENTE A _____	VIA _____ N° _____
PROV _____	TEL _____
CODICE FISCALE _____	

CHIEDE

l'assegnazione del buono sociale per sostenere progetti di vita indipendente secondo quanto definito nell' *"avviso per l'assegnazione di buoni sociali per sostenere progetti di vita indipendente di persone con disabilità fisico-motoria grave o gravissima con capacità di esprimere la propria*

volontà , tra i 18 e i 64 anni, assistiti da un'assistente personale regolarmente e autonomamente assunta"

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 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:

DICHIARA

- di essere in possesso del riconoscimento dell'invalidità civile al 100%, e in possesso della certificazione di gravità, ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992, come da documentazione allegata;
- che il buono sociale erogato a favore del richiedente/beneficiario verrà utilizzato per sostenere le prestazioni di cura e supporto fornite da:

Cognome e nome dell'assistente personale assunto	Data di inizio del rapporto di assistenza e monte ore settimanale
Azioni-interventi-servizi offerti dall'assistente personale	

--	--

- che il valore dell' ISEE in corso di validità, riferito alle *“prestazioni agevolate di natura sociosanitaria”*, secondo quanto previsto dall'art. 6 comma 1 e 2 del D.P.C.M. n° 159/2013, è pari a Euro _____ come da attestazione ISEE allegata (in alternativa indicare il n. protocollo INPS - ISEE _____);
- che il buono sociale erogato a favore del richiedente/beneficiario verrà utilizzato per sostenere gli interventi concordati con l'Assistente Sociale del Comune di residenza nel PAI;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che determinino la perdita del diritto alla concessione del buono sociale;
- di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del D.P.R. 445/2000 art. 71 e s.m.i., potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità del contenuto delle dichiarazioni;
- che il conto corrente sul quale intende ricevere l'importo del buono sociale assegnato è il seguente:

AGENZIA DI

CODICE IBAN

[illegible]

Luogo, data



Firma del richiedente

Si allega:

- Copia carta d'identità e codice fiscale del richiedente e del beneficiario (se persona diversa dal richiedente)
- Copia del Certificato d'invalidità pari al 100%
- Copia della certificazione di gravità rilasciata dalla Commissione ASL ai sensi della L.104/92
- Attestazione ISEE riferito alle *"prestazioni agevolate di natura sociosanitaria"* in corso di validità
- Documentazione comprovante la regolarizzazione dell'assistente personale
- Altra documentazione attestante il particolare stato di bisogno e di fragilità

Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003

Il sottoscritto _____ prende atto che ai sensi dell'art.13 del D.Lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi di cui al procedimento per il quale si rilasciano le dichiarazioni di cui sopra.

In fede (firma) _____

Luogo, _____ Data _____