

Al Comune di \_\_\_\_\_  
Settore Servizi Sociali

**Oggetto: Domanda per l'erogazione di Buono Sociale a favore delle famiglie che si avvalgono di assistenti familiari preposti alla cura di familiari non autosufficienti**

Il sottoscritto/la sottoscritta:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n° tel. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di :

- beneficiario
- tutore;
- curatore;
- amministratore di sostegno;
- familiare ( convivente  non convivente)  
(indicare relazione di parentela).....

### **CHIEDE**

l'erogazione del Buono Sociale a favore di:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n° tel. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

A tal fine, sotto la propria responsabilità

### **DICHIARA**

che il sig. .... in quanto persona assistita e beneficiario del Buono Sociale:

1. è (barrare con una x le voci interessate):

- cittadino italiano
- cittadino di uno Stato appartenente all'Unione Europea
- cittadino di uno Stato non appartenente all'Unione Europea titolare di permesso di soggiorno almeno biennale o di carta di soggiorno in corso di validità;
- in condizione di non autosufficienza certificata, con almeno il 75% di invalidità;
- assistito al proprio domicilio da assistente familiare preposta alle funzioni di cura con contratto di lavoro regolare;

2. ha un ISEE del nucleo familiare in corso di validità, uguale o inferiore al valore di €30.000,00.

3. si impegna a segnalare all'Azienda Speciale Consortile Isola Bergamasca e Bassa Val San Martino, dopo la presentazione della domanda, ogni variazione che possa comportare la decadenza del diritto al beneficio;

4. è a conoscenza che all'Azienda Speciale Consortile Isola Bergamasca e Bassa Val San Martino effettuerà controlli sulla veridicità delle dichiarazioni effettuate adottando, nel caso di accertata non veridicità, i provvedimenti conseguenti, a norma di legge (DPR445/2000);
5. di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. in caso di dichiarazioni mendaci.

Si allega alla presente domanda:

- Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE), in corso di validità della persona assistita e beneficiaria del Buono Sociale;
- Copia del certificato di invalidità della persona assistita e beneficiaria del Buono Sociale;
- Copia del contratto di lavoro stipulato con l'assistente familiare;
- Documentazione giustificativa delle spese sostenute per la regolarizzazione dell'assistente familiare;
- estremi del conto corrente sul quale effettuare il bonifico (codice IBAN, dati anagrafici completi e codice fiscale dell'intestatario del conto corrente completo);
- Copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore, amministratore di sostegno (se presente).

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso e leggibile

(ALLEGARE documento di identità in corso di validità di chi sottoscrive la domanda)

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003, i dati personali forniti dal dichiarante saranno utilizzati solo ai fini del procedimento in oggetto. Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003

**FIRMA**

---