NON COMPILARE - RISERVATO AL COMUNE

Data di Presentazione ………….………………………….. N. Domanda …………………………………………

 SPETT.LE COMUNE DI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DOMANDA BUONO SOCIALE A FAVORE DI**

**MINORI NON AUTOSUFFICIENTI**

**ASSISTITI AL PROPRIO DOMICILIO DA CAREGIVER FAMILIARE**

**ANNO 2022**

(AI SENSI DELLA DGR **XI/5791/2021**)

Il/la sottoscritto/a…………………………………………………………………………………………………………..

Codice fiscale…………………………………………………………………………………………….………………….

nato/a a…………………………………………………………………………..prov…………il………………….………

residente in…………………………………………………………………………………(c.a.p.)………….…………….

Via/Piazza……………………………………………………………………………………………..n°…………………..

telefono………………………………………………..email……………………………………………………………….

in qualità di esercente la responsabilità genitoriale

CHIEDE

Per il minore………………………………………………………………………………………………………………

Codice fiscale…………………………………………………………………………………………….…………………

nato/a a…………………………………………………………………………..prov…………il………………….………

residente in…………………………………………………………………………………(c.a.p.)………….…………….

Via/Piazza……………………………………………………………………………………………..n°…………………..

* + 1. Di usufruire del Buono Sociale a favore di persone con disabilita’ grave o comunque in condizione di non autosufficienza assistiti al proprio domicilio da caregiver familiare

A tal fine, consapevole delle sanzioni civili e penali a cui incorre in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più corrispondenti a verità, giusto il disposto dell’art. 26 della legge n°15/68,

DICHIARA

1. che il proprio nucleo familiare, come definito dallo Stato di famiglia, è formato dalle seguenti persone:

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e nome | rapporto di parentela con il richiedente |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

1. di avere un ISEE ordinario non superiore ad euro 40.000,00

 □SI □NO

1. che l' ISEE ordinario in mio possesso ha un valore di euro………………………………………………….
2. che il minore è in possesso di certificazione di disabilità grave ai sensi della l. 104, art. 3, comma 1 e 3. o certificazione di invalidità al 100% con indennità di accompagnamento

 □SI □NO

1. che il minore è assistito presso il proprio domicilio da parte di un caregiver familiare

 □SI □NO

1. che il minore è in possesso di un indice di fragilità sociale che evidenzi il grado di dipendenza nelle attività di vita quotidiana (ADL) e delle attività strumentali alla vita quotidiana (IADL) (a cura del servizio sociale)

 □SI □NO

G) che il minore è stato beneficiario della Misura B2 anno 2021

 □SI □NO

H) che il minore frequenta unità d’offerta semiresidenziali socio/sanitarie e/o sociali:

 □SI □NO

I) che il minore NON usufruisce di nessuna delle seguenti misure (incompatibili ai sensi della dgr XI/5791/2021):

* accoglienza definitiva presso Unità d’offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
* Misura B1;

L) che il minore non è beneficiario di un altro intervento relativo alla Dgr XI/5791/2021, Misura B2 (voucher sociale finalizzato a favorire la vita di relazione per minori con disabilità)

M) di essere consapevole che, a seguito della definizione della graduatoria,per gli aventi diritto, il servizio sociale comunale redigerà il PI (progetto individualizzato), parte integrante della documentazione da allegare alla domanda e presupposto perchè possa essere erogato il buono sociale. Tale documento dovrà essere sottoscritto dal servizio sociale comunale e dall'utente stesso beneficiario del buono sociale.

N) di voler riscuotere il buono sociale tramite accredito sul **conto corrente bancario a me intestato o cointestato (NO libretto postale)** di cui allego le coordinate

O) In caso di chiusura del CC indicato, delego alla riscossione (parte obbligatoria):

il/la sig/ra………………………………………………..…………………………………………………………………

nato/a a ………………………………………………….. …………………il……………………………………………

residente a ……...……………………………………………………………………cap……………………………..

in via ………………………………………………………………………………………………………………………..

codice fiscale ……………………………………...………………………………………………………………………..

telefono ……………………………………………………………………………………………………………………....

email…………………………………………………………………………………………………………………………..

La presente delega se non revocata ha durata illimitata

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni relative ai cambiamenti anagrafici ed ogni altro evento che modifichi le dichiarazioni rese.

Data ……………………

 FIRMA DEL RICHIEDENTE

 ………..…………………………………………….

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

1. fotocopia codice fiscale del richiedente;
2. fotocopia carta d’identità del richiedente;
3. fotocopia codice fiscale del beneficiario;
4. fotocopia carta d’ identità del beneficiario;
5. copia certificazione di disabilità grave L. 104 art. 3 comma 1 e 3 o invalidità al 100% con indennità di accompagnamento **(CONTENENTE L' INDICAZIONE DELLA DIAGNOSI);**
6. copia attestazione ISEE sociosanitario in corso di validità (ai sensi del DPCM 159/2013);
7. copia delle coordinate bancarie/postali rilasciata dall’istituto di credito ai fini dell' accredito del buono sociale (NO libretti postali);
8. ADL/IADL a cura del servizio sociale;
9. carta d’ identità e codice fiscale del delegato (se diverso dal richiedente).

**DICHIARAZIONE DI NON RICHIESTA MISURA B1**

**Io sottoscritto……….……………………………..**

**Dichiaro**

**di non aver presentato**

□ **per me stesso**

□ **per il/la Sig./ra…………………………………………………………………..**

**domanda Misura B1**

**di essere consapevole che il Buono sociale in oggetto è incompatibile con un altro intervento relativo alla XI/5791/2021, Misura B2**

**e di informare tempestivamente il Servizio sociale del Comune di residenza,** **nel caso di presentazione di domanda e riconoscimento del beneficio della misura B1**

 **FIRMA**

 **……………………………………………………………………………...**

­

****

**COMUNE DI CHIARI**Provincia di Brescia

***Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE***

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati al Comune di Chiari saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Chiari. L’Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L’informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici dell'Ente e consultabile sul sito web dell’ente all'indirizzo [www.comune.chiari.brescia.it](http://www.comune.chiari.brescia.it/).

Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ente è il seguente soggetto:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DPO** | **P.IVA** | **Via/Piazza** | **CAP** | **Comune** | **Nominativo DPO Incaricato** |
| **SI.NET Servizi Informatici Srl** | **02743730125** | **Corso Magenta, 46** | **20123** | **Milano** | **Dott. Paolo Tiberi** |

 Il Data Protection Officer è reperibile presso la sede municipale del Comune di Chiari in P.zza Martiri della Libertà, 26 – 25032 CHIARI (BS). In caso di istanze/comunicazioni scritte da inviarsi in modalità digitale il Data Protection Officer può essere contattato tramite il recapito istituzionale dpo@comune.chiari.brescia.it oppure comunedichiari@legalmail.it (se viene utilizzata la posta elettronica certificata).

data**,**

 **FIRMA**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**