**ASSEMBLEA DEI SINDACI**

**TAVOLO ZONALE DI PROGRAMMAZIONE DELL’AMBITO N. 6**

**MONTE ORFANO**

**Comuni di Adro, Capriolo, Cologne, Erbusco, Palazzolo sull'Oglio e Pontoglio**

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE**

**A FAVORE MINORI CON DISABILITA’ E NECESSITA’ DI SOSTEGNO INTENSIVO – DGR XII/3719 DEL 30/12/2024**

**ANNO 2025**

(Piano di Zona dell’Ambito Distrettuale n. 6 Monte Orfano)

Protocollo

(riservato al Comune)

ALL’UFFICIO SERVIZI SOCIALI

DEL COMUNE DI PALAZZOLO S/O

Da inviare all’indirizzo mail:

[protocollo@cert.comune.palazzolosulloglio.bs.it](mailto:protocollo@cert.comune.palazzolosulloglio.bs.it)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov. \_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_

domiciliato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di genitore

**CHIEDE**

l’assegnazione del buono sociale, così come previsto nelle Linee Guida approvate dall’Assemblea dei Sindaci dell’Ambito n.6 Monte Orfano per il minore:

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

codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità degli 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 che il minore è in possesso dei seguenti requisiti:

* reddito ISEE ORDINARIO compreso ISEE corrente o ISEE minorenni laddove previsto dalla normativa, in corso di validità (alla formazione del reddito ISEE concorrono gli elementi previsti dal DPCM 159/2013 elaborato ai sensi dell’art.6), pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* di essere riconosciuto invalido al 100% con diritto all’indennità di accompagnamento;
* di essere in possesso di certificazione di gravità ai sensi dell’art. 3 comma 3 della L. 104/92;
* essere assistito a domicilio in maniera continuativa come di seguito specificato:

1. cognome e nome di chi presta l’assistenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Monte ore giornaliero di assistenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Tipo di prestazioni assistenziali garantite \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Che il minore non è beneficiario di altre prestazioni incompatibili con l’erogazione del presente buono (es. Misura B1);

**INOLTRE SI IMPEGNA A:**

1. comunicare eventuali motivi che facciano venire meno la necessità di cure a domicilio o il diritto di concessione del buono;
2. autorizzare eventuale visita domiciliare al fine di acquisire elementi di conoscenza circa ulteriori bisogni;
3. di essere a conoscenza che l’assegnazione del presente Buono esclude la possibilità di usufruire di analoghe provvidenze previste dalla Programmazione Zonale, aventi la finalità di sostenere la cura a domicilio di soggetti fragili;
4. di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese, il sottoscritto decadrà dai benefici ottenuti;
5. di **INDICARE,** **OBBLIGATORIAMENTE,** **ENTRAMBE LE MODALITA’ DI PAGAMENTO**, ai fini dell’accreditamento dei benefici economici:
6. accredito su c/c bancario n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , intestato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presso la Banca\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ag. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CODICE IBAN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(**allegare copia cartacea del Codice IBAN**;)

1. ritiro presso lo sportello della tesoreria comunale tramite persona delegata al ritiro Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

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 Palazzolo sull'Oglio 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 Palazzolo sull'Oglio.

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 consulta bile sul sito web dell’ente all'indirizzo http://www.comune.palazzolosulloglio.bs.it/sites/default/files/IMCE/privacy/6

Preso atto dell’informativa il/la sottoscritto/a dichiarante………………………………….………

acconsente al trattamento dei dati personali qui contenuti in quanto funzionali agli scopi per i quali è posto in essere.

Luogo e data In fede

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allegati: - Copia verbale d’invalidità civile e/o certificazione disabilità grave ai sensi dell’art.3

com. 3 L.104/92;

- Attestazione ISEE, ai sensi del DPCM 159/2013;

- Fotocopia della carta d’identità in corso di validità e codice fiscale del beneficiario e del richiedente.