

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

(ai sensi della DGR 1253/2019 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 assunto”.*

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**

- che il/la sig./ra indicato/a come beneficiario/a è in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell’art. 3, comma 3 della legge 104/1992 oppure beneficia dell’indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988, come da documentazione allegata;
- che il buono sociale erogato a favore del/la beneficiario/a 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	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

--	--

- Che il valore ISEE ordinario in corso di validità è pari ad Euro \_\_\_\_\_  
(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:

NUMERO _____ INTESTATO/CO-INTESTATO A _____ BANCA _____ AGENZIA DI _____																													
CODICE IBAN																													
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																													

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 della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 o della documentazione attestante il possesso dell'indennità di accompagnamento
- Documentazione comprovante la regolarizzazione dell'assistente personale

---

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003 e art. 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/2016.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ prende atto che ai sensi dell'art.13 del D.lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e art. 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/2016 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 \_\_\_\_\_