A M B I T O T E R R I T O R I A L E T R E V I G L I O

**DOMANDA PER L’ASSEGNAZIONE DI BUONI SOCIALI (MISURA b2/FNA / FONDO CAREGIVER) ANNO 2021 – ALLEGATO A**

**DATI BENEFICIARIO**

|  |
| --- |
| COGNOME NOME |
| NATO/A A PROV ( ) IL  |
| CODICE FISCALE  |
| RESIDENTE IN VIA N° COMUNE DI CAP. |
| DOMICILIO solo se diverso dalla residenza VIA N°  |
| COMUNE DI CAP. |
| EMAIL NUMERO DI TELEFONO |

**DATI RICHIEDENTE (SOLO SE DIVERSO DAL BENEFICIARIO)**

|  |
| --- |
| COGNOME NOME |
| NATO/A A PROV ( ) IL  |
| CODICE FISCALE  |
| RESIDENTE IN VIA N° COMUNE DI CAP. |
| DOMICILIO solo se diverso dalla residenza VIA N°  |
| COMUNE DI CAP. |
| EMAIL NUMERO DI TELEFONO |
| in qualità di:A) Nel caso la persona sia in stato di impedimento permanente, in qualità di: ❑ TUTORE ❑ CURATORE ❑ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNOB) Nel caso la persona sia in stato d’impedimento temporaneo, in qualità di:❑ CONIUGE o in sua assenza FIGLIO o, in mancanza di questo, ALTRO PARENTE (indicare la relazione di parentela)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C) Nel caso di minore:❑ GENITORE ESERCENTE LA POTESTÀ GENITORIALE IN VIA ESCLUSIVA❑ GENITORE (in questo caso è necessario che la domanda, pur compilata da uno di essi, sia sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori del minore). |

**CHIEDE**

che venga erogato un buono a favore del beneficiario per la seguente misura:

* Buono sociale Care Giver
* Buono sociale Care Giver + Buono sociale mensile per Assistente Familiare
* Buono sociale Assistente familiare
* Assegno per l’autonomia

e relative misure integrative.

Consapevole delle responsabilità derivanti da dichiarazioni false o mendaci, ai sensi del dpr 445/2000 e successive modificazioni

**DICHIARA**

* Di aver preso visione del BANDO PER L’EROGAZIONE DI: - BUONI SOCIALI IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA’ GRAVE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA ANNO 2021 - MISURA A SOSTEGNO DEL CAREGIVER FAMILIARE DI CUI AL FONDO NAZIONALE CAREGIVER (annualità 2018-19-20) dell’Ambito di Treviglio

di possedere i seguenti requisiti di ammissione:

* condizione di gravità così come accertata ai sensi dell’art. 3, comma 3 della legge 104/1992;

*oppure*

* beneficiare dell’indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988;
* Limitata o assente autonomia motoria nello svolgimento delle attività della vita quotidiana e fragilità sociale.
* di aver preso visione dell’informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 4, 5, 7 e 13 del GDPR, contenuta nel BANDO PER L’EROGAZIONE DI: - BUONI SOCIALI IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA’ GRAVE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA ANNO 2021 - MISURA A SOSTEGNO DEL CAREGIVER FAMILIARE DI CUI AL FONDO NAZIONALE CAREGIVER (annualità 2018-19-20) dell’Ambito di Treviglio-RISORSA SOCIALE GERA d’ADDA, di averne compreso i contenuti, i diritti e le finalità e, con la firma in calce, di prestare il consenso e autorizzare il trattamento dei dati personali, anche particolari, in conformità al Regolamento UE 679/16 e successive modifiche ed integrazioni.
* Che il valore dell’ISEE in corso di validità è inferiore a € 40.000 per minori (ISEE minori) ed inferiore ad € 25.000 per adulti (ISEE sociosanitario)

**SPECIFICARE VALORE ISEE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INDICARE NUMERO PROTOCOLLO DSU/ISEE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ATTESTA**

* (da compilare solo per la richiesta della misura BUONO SOCIALE CAREGIVER) che il sig./la sig.ra (nome e cognome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di care giver del beneficiario garantisce almeno 5 ore giornaliere di assistenza con le mansioni di supporto nelle attività della vita quotidiana.

**MODALITA’ DI EROGAZIONE DEL BUONO**

### Il Buono è da erogare su conto corrente bancario/postale intestato al Beneficiario e/o a chi ne fa le veci:

### NOME E COGNOME INTESTATARIO CONTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### DENOMINAZIONE ISTITUTO DI CREDITO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 IBAN:

N.B: L’erogazione del buono non può essere accreditato su libretti di risparmio postale

### Il Buono è da erogare mediante ASSEGNO CIRCOLARE intestato al Beneficiario e/o a chi ne fa le veci intestato a: NOME E COGNOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allegano alla presente domanda:

* Contratto di assunzione Assistente Familiare (per la misura BUONO SOCIALE ASSISTENTE FAMILIARE e ASSEGNO PER L’AUTONOMIA)
* ALLEGATO C
* Copia fotostatica di un documento di identità e codice fiscale in corso di validità del beneficiario e del richiedente (se distinto);
* Copia del verbale di invalidità civile e relativa certificazione della condizione di gravità

Luogo e data Firma

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