

PIANO DI ZONA



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)

ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI
DEL COMUNE DI PALAZZOLO S/O
Da inviare all'indirizzo mail:
protocollo@cert.comune.palazzolosulloglio.bs.it

Protocollo
(riservato al Comune)

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 _____

 - 2) Monte ore giornaliero di assistenza _____
 - 3) 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:

- a) comunicare eventuali motivi che facciano venire meno la necessità di cure a domicilio o il diritto di concessione del buono;
- b) autorizzare eventuale visita domiciliare al fine di acquisire elementi di conoscenza circa ulteriori bisogni;
- c) 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;
- d) 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;
- e) di **INDICARE, OBBLIGATORIAMENTE, ENTRAMBE LE MODALITA' DI PAGAMENTO**, ai fini dell'accreditamento dei benefici economici:

