



***DOMANDA PER BUONO SOCIALE A SUPPORTO DELLE PERSONE
ANZIANE RICOVERATE IN STRUTTURE RESIDENZIALI DI LUNGODEGENZA (RSA)***

Anno 2016

(SCRIVERE IN STAMPATELLO LEGGIBILE)

Il / La sottoscritt _____

CHIEDE

- per se stesso
- per _____

in qualità di :

- familiare della persona anziana
- Amministratore di sostegno o Tutore/Curatore della persona anziana (in caso di protezione giuridica allegare copia del decreto di nomina del Tribunale)

di poter beneficiare del Buono sociale per persone anziane ricoverate in strutture residenziali di lungodegenza – RSA anno 2016

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità



DICHIARA

DATI RIFERITI AL RICHIEDENTE (SE DIVERSO DAL BENEFICIARIO)

Cognome _____

Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/____

Sesso M - F

Codice Fiscale _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/

Comune di residenza _____ Prov _____

Residente in via / piazza _____

Comune di domicilio (se diverso dalla residenza) _____ Prov _____

Domiciliato in via/piazza (se diverso dalla residenza) _____ Prov _____

Recapito Telefonico 1 _____

Recapito Telefonico 2 _____

Indirizzo mail _____

DATI RIFERITI AL BENEFICIARIO

Cognome _____

Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/____

Sesso M - F

Codice Fiscale _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/



Comune di residenza _____	Prov _____
Residente in via / piazza _____	
Ricoverato presso la RSA _____	
dal: mese _____ anno _____	
di via _____	
Comune _____	
Telefono _____	
<u>Identificativi bancari del beneficiario per ev. accredito del buono</u>	
Banca: _____	
Conto corrente intestato a _____	
Numero di conto corrente: _____	
IBAN: _____	

Dichiara inoltre:

- di aver preso visione delle modalità di erogazione del buono sociale per persone anziane ricoverate in strutture residenziali di lungodegenza – RSA anno 2016
- che il destinatario del buono è ricoverato presso una RSA del territorio nazionale in regime di ricovero definitivo e che ogni cambiamento della suddetta condizione verrà tempestivamente comunicato all'Ufficio Servizi Sociali del Comune di Arese
- di essere in possesso dei requisiti richiesti dal presente bando

ALLEGA

- fotocopia documento di identità del beneficiario
- codice fiscale del beneficiario
- fotocopia documenti di identità del richiedente
- dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa alla situazione economica ISEE per prestazioni socio sanitarie residenziali (che include la componente aggiuntiva dei figli non conviventi)



- certificazione di ricovero rilasciata dalla struttura RSA

Luogo e data: _____ Firma: _____

PRENDE ATTO che

- l'Amministrazione si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese (art 71 del D.P.R. n. 445/2000).
- ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii i dati personali forniti verranno trattati, anche mediante l'utilizzo di strumenti elettronici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.
- in relazione a quanto stabilito dall'art.18 commi 1 e 2 del decreto suddetto, le informazioni, i dati e la documentazione rese o che saranno richieste sono necessarie ed obbligatorie al fine di procedere alla valutazione del caso; in mancanza di tali informazioni e/o documentazione non l'Amministrazione Comunale non potrà procedere alla medesima valutazione.
- i dati sensibili sono trattati in base ai principi definiti negli artt. 20 e 22 del D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii

Luogo e data _____ Firma _____