

DOMANDA DI CONCESSIONE DEL BUONO SOCIALE

Prot. n° _____ del _____

Spett.le Comune di _____

Ufficio di Piano
Dei Comuni Associati
Ambito territoriale Distretto n°6

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____ in via _____ N° _____

Telefono _____ Codice Fiscale _____

CHIEDE

L'assegnazione del buono sociale destinato al mantenimento al domicilio

PER SE STESSO

oppure IN QUALITA' DI parente (specificare il grado) _____

volontario/conoscente

tutore/curatore e/o amm. di sostegno

PER LA SEGUENTE PERSONA

Signor/ra _____ nato/a _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____ in via _____ N° _____

Telefono _____ Codice Fiscale _____

Consiglio dei Ministri del 7 Maggio 1999 N° 221, e successive modifiche; potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare e confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del ministero delle finanze.

Gli eventuali benefici economici spettanti dovranno essere liquidati con le seguenti modalità:

() ACCREDITO SU CONTO CORRENTE BANCARIO, intestato o cointestato al beneficiario.

| | |
|------------------------------------|--|
| NUMERO DEL CONTO CORRENTE | |
| INTESTATO A | |
| NOME DELLA BANCA | |
| N° DELLA AGENZIA | |
| SITUATA PRESSO IL COMUNE DI | |
| ABI | |
| CAB | |
| IBAN | |

() MEDIANTE MANDATO DI PAGAMENTO A NOME DI _____

CODICE FISCALE (da comunicare se colui che riscuoterà il mandato sarà diverso dal beneficiario del buono sociale) _____

(luogo)

(data)

(la firma dovrà essere apposta di fronte ai funzionari oppure allegare carta di identità)

() La presente dichiarazione è resa nell'interesse del soggetto che si trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, dal coniuge o in sua assenza dal figlio o, in mancanza di questo, da altro parente in linea diretta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante (barrare la casella se ricorre il caso)

() La presente dichiarazione è resa in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale (barrare la casella se ricorre il caso)

Si allegano alla presente domanda:

1. Copia del verbale di invalidità.
2. Copia del modello ISEE

Informativa sull'uso dei dati personali e sui diritti del dichiarante (DGLS 196/2003)

I dati acquisiti con la richiesta:

- Sono forniti necessariamente per la domanda di assegnazione del Buono Sociale.
- Sono raccolti dall'Ente ed utilizzati con strumenti informatici, al solo fine di erogare il Buono Sociale richiesto.
- Il dichiarante può rivolgersi in ogni momento all'Ente per verificare i dati che lo riguardano e farli eventualmente aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento se trattati in violazione alla legge.

Firma

RISERVATO ALL'UFFICIO

COMUNE DI _____

Domanda N° _____

Presentata _____

L'addetta all'ufficio _____

RISERVATO ALL'UFFICIO A SEGUITO DELLA DISAMINA DELLA PRATICA

PUNTEGGIO COMPLESSIVO _____

PUNTEGGIO AREA ECONOMICA _____

VALORE ISEE _____

PUNTEGGIO AREA AUTONOMIE _____

RELAZIONE SOCIALE (SI)

PUNTEGGIO AREA CARICO RETI _____

(NO)