



Piano Sociale di Zona

COMUNI DI: • ARLUNO • BAREGGIO • BOFFALORA S/TICINO • CASOREZZO • CORBETTA • MAGENTA • MARCALLO C/CASONE • MESERO • OSSONA • ROBECCO S/NAVIGLIO • S.STEFANO TICINO • SEDRIANO • VITTUONE

AVVISO PER BENEFICIARE DEL BUONO SOCIALE PER ASSISTENTI FAMILIARI

Le Amministrazioni Comunali del Magentino (Distretto n. 6) intendono valorizzare la cura dei soggetti fragili, mediante l'erogazione di provvidenze economiche destinate a sostenere la domiciliarità attraverso la cura prestata da Assistenti Familiari regolarmente assunte.

Chi può presentare la domanda

Possono presentare richiesta di concessione del Buono Sociale per Assistenti Familiari i soggetti con i seguenti requisiti:

- Riconoscimento di **invalidità civile del 100%**;
- Residenza in uno dei tredici comuni del distretto 6 del Magentino;
- Valore ISEE (indicatore della situazione economica equivalente), calcolato ai sensi del Decreto legislativo 130/2000, non superiore ai **15.000,00 euro** se trattasi di soggetto fragile convivente con altri soggetti presenti sullo stato di famiglia;
- Valore ISEE non superiore a **12.500,00 euro** se trattasi di persona fragile sola sullo stato di famiglia;
- Presenza di una assistente familiare assunta in regola o con richiesta di regolarizzazione del mese di settembre 2009.

Entità del buono

L'entità del buono va da un minimo di 200,00 euro mensili a un massimo di 400,00 euro mensili per il periodo da Gennaio 2010 a Dicembre 2010. L'importo verrà determinato attraverso criteri uniformi per l'ambito distrettuale.

Dove e quando presentare la domanda

La domanda, su modulo appositamente predisposto, dovrà essere presentata all'Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza **dal 5 luglio 2010 al 2 agosto 2010**.

Il regolamento e la modulistica sono reperibili presso la sede dei Servizi Sociali del Comune di residenza

Magenta, 1 luglio 2010

Il Presidente dell'Assemblea dei Sindaci
del Distretto n. 6
Massimo Olivares

DOMANDA DI CONCESSIONE DEL BUONO SOCIALE PER ASSISTENTI FAMILIARI

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 per sostenere le cure atte ad assicurare la sua permanenza a domicilio attraverso personale regolarmente assunto

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 _____

prestazione sociale agevolata potranno essere eseguiti dei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati da parte della guardia di Finanza, presso gli Istituti di credito e di altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi degli artt. 4, comma 2, del Decreto Legislativo 31 Marzo 1998, N° 109, e 6, comma 3, del Decreto del Presidente del 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
3. Copia del Contratto di assunzione dell'assistente familiare

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)

PUNTEGGIO PRESENZA ASSISTENTE FAMILIARE _____