

**DOMANDA PER LA ASSEGNAZIONE DI BUONO SOCIALE PER  
PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE**

**(FONDO PER LE NON AUTOSUFFICIENZE ANNO 2018 AI SENSI DELLA D.G.R. N.  
XI/1253 DEL 12.02.2019)**

**Il richiedente:**

<i>Cognome:</i> _____
<i>Nome:</i> _____
<i>Sesso ?maschio ?femmina</i>
<i>Luogo e data di nascita</i> _____
<i>Codice fiscale:</i>
<i>Residenza Via</i> _____ <i>Comune</i> _____
<i>Tel.</i> _____ <i>Cell:</i> _____

**CHIEDE LA ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE**

**A FAVORE DI (compilare solo nel caso in cui il richiedente è diverso dal beneficiario)**

<i>Cognome:</i> _____
<i>Nome:</i> _____
<i>Sesso ?maschio ?femmina</i>
<i>Luogo e data di nascita</i> _____ <i>Età</i> _____
<i>Codice fiscale:</i>

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n°445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli 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  
quanto segue**

- il beneficiario è residente nel Comune di \_\_\_\_\_;
- per i cittadini extracomunitari, il beneficiario possiede permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (carta di soggiorno - ai sensi del D.Lgs n. 3/2007) o permesso di soggiorno in corso di validità (COPIA ALLEGATA);
- che la situazione economica del nucleo familiare del beneficiario è espressa da una attestazione ISEE socio-sanitario uguale o inferiore a " 20.000 (COPIA ALLEGATA);
- il beneficiario è in possesso di certificato indicante la condizione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92 o è in attesa di definizione dell'accertamento (COPIA ALLEGATA);

oppure

- il beneficiario è in possesso dell'indennità di accompagnamento di cui alla L. 18/1980 e successive integrazioni e modifiche con la L. 508/1988 (COPIA ALLEGATA);
- il richiedente, se diverso dal beneficiario, è autorizzato con atto di nomina alla Tutela del beneficiario (COPIA ALLEGATA);
- il beneficiario intende realizzare il proprio progetto, senza il supporto del caregiver familiare, ma è assistito nella cura dall'assistente personale autonomamente scelto e regolarmente assunto con contratto di lavoro (COPIA ALLEGATA);
- il beneficiario non è assegnatario del Voucher Reddito di Autonomia (ex DGR 7487/2017);
- il beneficiario non è inserito presso strutture residenziali;
- il beneficiario, rispetto ai seguenti servizi territoriali,

(barrare la casella interessata)	SI	NO
Frequenta un servizio Diurno (CDD, CSE, SFA, CDI) specificare _____		
Usufruisce di prestazioni socio-sanitarie (ADI)		
Usufruisce del Servizio di Assistenza domiciliare Comunale		
Altro (specificare)		

- di compartecipare alla spesa per tali servizi nella misura (barrare la casella interessata):
  - del 100%
  - dal 50% al 99%
  - dal 20% al 49,90%

- che intende usufruire, a favore del beneficiario, delle seguenti prestazioni per la sua vita autonoma e indipendente:

Area	Spesa mensile prevista	Spesa annua 2019
Istruzione/formazione		
Lavoro		
Mobilità		
Casa		
Socialità (interazioni/relazioni interpersonali, vita sociale e di comunità)		
(Altro) specificare		

Ai fini della presentazione della presente domanda **allega la fotocopia del documento di identità del richiedente (e del beneficiario, se diverso dal richiedente).**

DICHIARA altresì di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 1, 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, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 3, fatta salva l'attivazione delle necessarie procedure di legge, il beneficio verrà revocato;

CHIEDE che il buono venga versato con accredito su c/c Bancario (o Postale) - (NB il c/c deve essere intestato o cointestato al beneficiario)

Conto corrente intestato a \_\_\_\_\_

Banca \_\_\_\_\_ Filiale di \_\_\_\_\_

Codice IBAN:

PAESE	CHECK	CIN	ABI	CAB	NUMERO CONTO

Luogo e data \_\_\_\_\_ Il dichiarante \_\_\_\_\_

#### INFORMATIVA AGLI UTENTI PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16 ("GDPR"), i dati personali anche particolari (art. 9 del GDPR) forniti per l'accesso alla Misura FNA . B2 sono raccolti ai soli fini della gestione della

domanda e relativa istruttoria come da D.G.R. XI/1253/2019 di Regione Lombardia, che ne rappresenta la base giuridica del trattamento.

L'interessato potrà far valere i propri diritti previsti dagli artt. da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16 (diritto di accesso, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione al trattamento, obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione dei dati personali o limitazione del trattamento, diritto di opposizione).

La natura del conferimento dei dati è obbligatoria; il mancato conferimento dei dati personali comporta l'impossibilità di presentare la domanda.

Il trattamento dei dati avverrà attraverso procedure informatiche o comunque mezzi telematici o supporti cartacei nel rispetto delle misure adeguate di sicurezza previste dalla normativa del Regolamento UE 679/16.

Il Titolare del Trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 7 e art. 24 del GDPR è il Comune di residenza dell'interessato.

Il Responsabile esterno del Trattamento dei dati ai sensi dell'art. 28 comma 1 del GDPR è l'Azienda Servizi alla Persona dell'Asolano ASPA, in persona del Direttore Generale, dott.ssa Daniela Ottoni.

Il Responsabile Protezione Dati ai sensi art. 37 del GDPR dell'Azienda Servizi alla Persona dell'Asolano ASPA, è l'avv. Papa Abdoulaye Mbodj.

Con la sottoscrizione in calce, l'interessato manifesta il proprio consenso informato al trattamento dei dati personali anche particolari per la suddetta finalità.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_