

Allegato 1

AL SINDACO
DEL COMUNE DI.....
AMBITO DISTRETTUALE DELLA LOMELLINA

Il/la sottoscritto/a.....
Nato/a.....C.F.....
Prov.....il.....
Residente in Via.....n°.....
Comune di.....Cap.....Prov.....
Indicare sempre uno o più numeri di telefono specificando a chi corrispondono (familiare, persona di riferimento ecc.):
Tel...../.....Tel...../.....
E – mail di riferimento.....

CHIEDE

L'assegnazione del Buono Sociale per vita indipendente per persone con disabilità fisico-motoria grave o gravissima.

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la 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

- di essere in possesso dell'indennità di accompagnamento o della L. 104/1992 art. 3, comma 3 (come da verbale allegato);
- di essere residente nel Comune di
- di vivere da solo;
- di essere in possesso di attestazione ISEE anno 2019 pari ad €;
- di avere un'età compresa tra i 18 e 64 anni;
- di avvalersi dell'ausilio di un assistente personale regolarmente assunto;
- di essere a conoscenza che ai sensi del GDPR 679/2016, i propri dati personali verranno trattati per le esclusive esigenze procedurali e di autorizzare il trattamento degli stessi per le finalità istituzionali riferite all'ottenimento del beneficio di cui alla DGR XI/1253/2019.

Il Sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente l'eventuale ricovero in struttura sanitaria o socio sanitaria.

L'eventuale contributo dovrà essere accreditato sul seguente C/C:

Banca Agenzia

IBAN

Intestato a

.....

Data.....

In fede

Il richiedente

Si allegano:

- 1) dichiarazione sostitutiva unica/attestazione ISEE;
- 2) copia verbale invalidità o legge 104/92;
- 3) copia del contratto di lavoro dell'assistente personale, ultima busta paga e versamento oneri contributivi, eventuale fattura;
- 4) copia documento di identità del richiedente.