

**Al sig. Sindaco del  
Comune di Gaiarine**

**OGGETTO: RICHIESTA DI BUONO SERVIZIO E ASSEGNO DI SOLLIEVO**  
(DGRV n. 3960 del 31.12.2001 e DGRV n. 3782 del 20.12.2002).

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

a favore del/la signor/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
codice fiscale n. \_\_\_\_\_

L'accesso al contributo previsto dalle DGRV n. 3960/2001 e DGRV n. 3782/2002 e dal Piano approvato dalla Conferenza dei Sindaci:

**buono servizio** (accoglienza temporanea in strutture residenziali)

**assegno di sollievo** (assistenza integrativa attivata dalla famiglia)

A tal fine, ai sensi del DPR n. 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità e nella consapevolezza delle conseguenze civili e penali in caso di dichiarazione mendace,

**DICHIARA**

che il sig./a \_\_\_\_\_ si trova in situazione di particolare gravità ed è stato:  
 riconosciuto invalido/a civile e beneficiario di indennità di accompagnamento ai sensi della L. 18/80  
 riconosciuto lo stato di gravità ai sensi della L. 104/92, art. 3 comma 3  
 valutato dal Comune di Gaiarine ai sensi della L.R. 28/91 con punteggio dal 67 a 100  
 valutato dall'UVMD del distretto S.S. \_\_\_\_\_ con profilo \_\_\_\_\_

che l'ISE per l'anno \_\_\_\_\_ del nucleo familiare (n. componenti \_\_\_\_\_) del sig. \_\_\_\_\_  
è di Euro \_\_\_\_\_

che il suddetto non usufruisce di:  
 benefici economici di cui alla L.R. 5/2001  
 contributo economico per le badanti  
 benefici economici di cui alla L.R. 28/91

Il sottoscritto si impegna a comunicare a Codesto Comune qualunque variazione intervenga riguardo la persona per la quale si richiede il contributo (decesso, ricovero definitivo in struttura residenziale, ricoveri ospedalieri, ecc.)

**Qualora venga assegnato il contributo per il buono di servizio**, il sottoscritto si impegna a riaccogliere il proprio familiare a domicilio alla fine del periodo stabilito del ricovero.

**Qualora venga assegnato il contributo per l'assegno di sollievo**, il sottoscritto si impegna a non ricorrere al ricovero permanente in strutture residenziali extraospedaliere.

CONSENSO LEGGE 196/2003

In relazione ai dati relativi al sottoscritto ed alla persona per la quale si richiede il contributo, acconsento all'uso dei dati personali di cui sopra nell'ambito dell'istruttoria della domanda per il riconoscimento del contributo, dichiarando di aver avuto conoscenza che alcuni dati rientrano tra quelli sensibili di cui all'art. 20 della Legge 196/2003.

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

Estremi documento d'identità \_\_\_\_\_

Firma apposta dal dichiarante in presenza di \_\_\_\_\_

Presentata copia del documento di identità \_\_\_\_\_

**Modalità di corresponsione del beneficio:**

Si chiede che il beneficio venga erogato:

alla persona che ha presentato richiesta

al/la sig./a delegato/a: \_\_\_\_\_

con le seguenti modalità:

assegno circolare

accredito su conto corrente intestato/cointestato a: \_\_\_\_\_

presso la Banca/Istituto: \_\_\_\_\_

Coordinate: CIN \_\_\_\_\_ ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**Note informative:**

- sono ritenute non autosufficienti le persone che, per diverso titolo, sono state valutate da Commissioni, Organismi dell'Azienda ULSS 7 e dei Comuni, come da citate normative.
- I profili derivanti da Schede SVAMA da tenere in considerazione ai fini della non autosufficienza sono: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17.