



Allegato A

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE  
DEL BUONO FINALIZZATO AL CONCORSO DELLE SPESE SOSTENUTE DALLE  
FAMIGLIE PER LA RETRIBUZIONE DI UN ASSISTENTE FAMILIARE PREPOSTO  
ALLA CURA DI SOGGETTI CONVIVENTI NON AUTOSUFFICIENTI**

All'Azienda Speciale Consortile  
Medio Olona Servizi alla Persona

Il/La sottoscritto/a

(cognome).....(nome).....

Nato/a a.....Prov.di.....il.....

Residente a.....Prov.....CAP.....

via/p.za.....n.....TEL.....

OPPURE

Il/La sottoscritto/a

(cognome).....(nome).....

Nato/a a.....Prov.di.....il.....

Residente a.....Prov.....CAP.....

via/p.za.....n.....TEL.....

in qualità di (indicare grado di parentela) ..... del/della Sig./Sig.ra

Cognome.....Nome.....

Nato/a a.....Prov.di.....il.....

Residente a.....Prov.....CAP.....

via/p.za.....n.....TEL.....

**CHIEDE**

**l'assegnazione del Buono previsto per la cura a domicilio di soggetto convivente non autosufficiente.**



# Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445 del 28/12/00 “Chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, firma atti falsi o ne fa uso, nei casi previsti dal presente T.U. è punito ai sensi del codice penale delle leggi speciali vigenti in materia...”, sotto la propria responsabilità

## DICHIARA

- Di essere/Che il proprio familiare è residente a.....
  - Di essere/Che il proprio familiare è stato riconosciuto/a invalido/a al \_\_\_\_%, come da verbale n.....del.....rilasciato dalla Commissione sanitaria per accertamento degli stati di invalidità dell'ASL di.....
  - Riconoscimento accompagnamento
- Che le persone inserite nel proprio stato di famiglia sono quelle indicate nella tabella seguente e che il reddito lordo percepito dal nucleo è quello certificato dalla dichiarazione sostitutiva della certificazione I.S.E.E. allegata

GRADO DI PARENTELA	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA
RICHIEDENTE		

- Che il buono verrà utilizzato per assicurare la permanenza a domicilio e per sostenere le cure necessarie fornite da :

Cognome e nome	Data di inizio del rapporto di assistenza già regolarizzato e monte ore settimanale

Allegare copia del contratto di lavoro prestatore d'opera.

- Che all'interno del nucleo familiare n. \_\_\_\_\_ componenti percepiscono reddito inclusi nella dichiarazione ISEE;



**Azienda Speciale Consortile  
Medio Olona  
Servizi alla Persona**

- Che la situazione familiare della persona non autosufficiente è la seguente:
  - Assenza di figli o parenti residenti o domiciliati nel Comune di residenza dell'interessato
  - Presenza di figli o parenti residenti o domiciliati nel Comune di residenza dell'interessato
  
- Di essere a conoscenza che i Comuni, ai sensi di legge, potranno procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità delle dichiarazioni il/la beneficiario/a decade dal contributo ottenuto
  
- Di voler accreditare il beneficio economico sul conto corrente bancario  
numero.....  
intestato a .....  
Banca.....  
Agenzia.....  
Comune.....  
IBAN

In fede

.....

Luogo, data.....

Allegati : dichiarazione sostitutiva di certificazione ISEE  
Certificato di invalidità  
Copia del contratto di lavoro prestatore d'opera