

**DOMANDA BUONO A SOSTEGNO DELLA NON AUTOSUFFICIENZA
CARE GIVER FAMILIARE PER MINORI DISABILI
ANNO 2015**

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il _____,
a _____, Provincia di _____,
residente a Brescia in Via _____, n. _____ CAP _____,
telefono .n. _____, o cellulare _____

COD. FISCALE | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

In qualità di esercente la potestà/tutore del minore:

nome _____ nato/a il _____,
a _____, Provincia di _____,
residente a Brescia in Via _____, n. _____ CAP _____,

COD. FISCALE | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

chiede l'erogazione del buono a sostegno del care giver familiare per minori disabili:

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace, a tal fine dichiara che:
barrare una delle due opzioni:

- il minore è assistito da un familiare convivente maggiorenne;
oppure
- il minore è in affido familiare attivato dal Comune di Brescia;
- il minore ha un'età di _____ anni compiuti alla data di presentazione della domanda;
- il minore è residente a Brescia;
- il minore è disabile in condizione di gravità ai sensi del comma 3, art. 3 della L. 104/92;
- il minore non è beneficiario del buono ASL misura B1 per disabili gravissimi;
- il minore non è inserito in maniera continuativa in una struttura residenziale;
- il reddito ISEE della famiglia è pari ad un importo di Euro _____;

a tal fine allega:

- copia attestazione ISEE in corso di validità;
- copia documento attestante lo stato di gravità ai sensi del comma 3, art. 3, della L. 104/92;
- copia documento d'identità in corso di validità di chi si sottoscrive la domanda;

dichiara inoltre:

- di essere a conoscenza che l'erogazione del beneficio richiesto comporta la presa in carico della persona e la definizione delle prestazioni da erogare attraverso un Progetto Individualizzato (PI) a seguito di valutazione multidimensionale integrata ASL/Comune;

