

  Milano	RICHIESTA BAF – BUONO ASSISTENZA FAMILIARE		
	DATA DI COMPILAZIONE		
	<input type="checkbox"/> BADANTE	<input type="checkbox"/> BABY-SITTER/TATA	

DATI DEL RICHIEDENTE	
NOME E COGNOME	
SESSO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
INDIRIZZO DI RESIDENZA	
TELEFONO	
E-MAIL	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
RELAZIONE CON IL BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/> Assistito <input type="checkbox"/> Figlio <input type="checkbox"/> Parente: <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Care giver: <input type="checkbox"/> Conoscente <input type="checkbox"/> Altro

DATI DEL BENEFICIARIO BAF BADANTE	
NOME E COGNOME	
SESSO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
INDIRIZZO DI RESIDENZA	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
INVALIDITÀ	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si: <i>(specificare percentuale)</i>
TITOLARE DI CONTRIBUTI EROGATI DAL COMUNE	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si: <i>(specificare)</i>
IN CARICO AI SSPT DEL COMUNE DI MILANO	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si: <i>(specificare)</i>

DATI FIGLI MINORI BAF BABY-SITTER/TATA			
1	NOME E COGNOME		
	DATA DI NASCITA	SESSO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
2	NOME E COGNOME		
	DATA DI NASCITA	SESSO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M

3	NOME E COGNOME			
	DATA DI NASCITA		SESSO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA	
ISEE	<input type="checkbox"/> SI _____ <input type="checkbox"/> NO
CONTRATTO DI ASSUNZIONE	DATA ASSUNZIONE _____ LIVELLO ASSUNZIONE _____ ORE SETTIMANALI _____ NOMINATIVO ASSISTENTE FAM. _____
MAV CONTRIBUTI INPS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

CRITERI DI PRIORITA'
<p>PERSONA CHE VIVE SOLA E PRIVA DI OBBLIGHI DI LEGGE</p> <p>NUCLEO MONOGENITORIALE</p>

ESITO	
POSITIVO	
NEGATIVO	

Il sottoscritto _____

consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, dichiara di non usufruire di altri contributi erogati dal Comune di Milano per la stessa finalità.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Milano, _____

Il dichiarante _____

OPERATRICE CURAMI _____