

COMUNI DELL'AMBITO N. 8

Barbariga, Borgo San Giacomo, Brandico, Corzano, Dello, Lograto, Longhena, Maclodio, Mairano, Orzivecchi, Orzinuovi, Pompiano, Quinzano d'Oglio, San Paolo, Villachiera

VOUCHER A SOSTEGNO DELLE FAMIGLIE CON MINORI DISABILI PER L'ASSISTENZA AD PERSONAM AL GREY FNA 2018- ANNO 2019-

PROTOCOLLO COMUNE

DOMANDA DI CONCESSIONE

Al Comune di _____

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ codice fiscale _____ e residente nel
Comune di _____ in Via _____ n. _____, cell. n. _____

Avendo preso visione del bando per l'erogazione del voucher a sostegno delle famiglie con minori erogato dall'Ambito n. 8 con l'obiettivo di sostenere la famiglia - in particolare i nuclei in condizioni di fragilità economica e sociale -

C H I E D E

di poter beneficiare del voucher orario, necessario all'assistenza e accompagnamento, istituito a sostegno delle famiglie con minori disabili erogato dall'Ambito n. 8 e finalizzato a sostenere la famiglia - in particolare i nuclei in condizioni di fragilità economica e sociale - per servizi per la socializzazione e le attività ricreative nei periodi delle vacanze scolastiche a favore del minore:

- _____ (nome e cognome) _____ (codice fiscale)
_____ (data di nascita)
- _____ (tipologia servizio: CRD e/o domiciliare, ecc....)
- _____ (cooperativa di riferimento)
- _____ n. ore (max 60) richieste al costo orario di € 20,08 iva inclusa
- costo complessivo a carico del fondo € _____.
- Inizio voucher dal _____ fine voucher il _____

A tal fine, consapevole che, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, 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 avere la cittadinanza:
 - ☐ italiana;
 - ☐ di un Stato membro dell'Unione Europea: _____
 - ☐ di uno Stato extra-UE: _____ e di essere in possesso del seguente documento di soggiorno:
 - *CARTA DI SOGGIORNO* rilasciata in data _____ dalla Questura di _____
 - *Permesso di soggiorno valido sino al* _____, *rilasciato in data* _____ *dalla Questura di* _____;
- che la propria situazione economico-familiare è pari ad € _____, desumibile dall'attestazione I.S.E.E. (nuovo Indicatore della Situazione Economica Equivalente in vigore dal 1^a gennaio 2015 - D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n.159) allegata alla presente domanda;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente, direttamente o tramite un familiare, ogni variazione della propria situazione (composizione del nucleo familiare, situazione reddituale, trasferimento di residenza, etc.) che determini il venir meno del diritto al contributo;
- di essere a conoscenza che potranno essere effettuati idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emergesse la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000, il/la sottoscritto/a decadrà dal beneficio ottenuto e l'ente potrà procedere al recupero delle somme indebitamente percepite.

ED ALLEGA

la seguente documentazione:

- ☐ scheda PAI (Progetto Individuale di Assistenza) per una valutazione multidimensionale integrata tra ASST e Comuni/Ambiti redatto dall'Assistente Sociale di riferimento, la scheda triage e le scale ADL e IADL.
- ☐ attestazione I.S.E.E. ordinario (nuovo Indicatore della Situazione Economica Equivalente in vigore dal 1^a gennaio 2015 - D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n.159);
- ☐ autocertificazione stato di famiglia;
- ☐ carta o permesso di soggiorno (solo per i cittadini extracomunitari)
- ☐ certificazione di gravità, ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992 e/o della certificazione di invalidità civile con diritto all'indennità di frequenza.
- ☐ Informativa privacy

Confidando nel positivo riscontro alla presente, coglie l'occasione per porgere distinti saluti.

Luogo e data

IL/LA RICHIEDENTE
(genitore/tutore del minore)

