

- Vista la Delibera n. 664 del 19/6/2017 di approvazione delle linee di indirizzo per l'erogazione di contributi finalizzati all'assistenza a domicilio di soggetti con gravissima disabilità, attivati mediante l'assunzione di assistente/assistenti personale/i.

- Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'art.76 D.P.R. 445/2000, punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

CHIEDE

di poter usufruire del contributo previsto, sulla base della documentazione allegata alla presente domanda e della valutazione effettuata dalla UVM competente a seguito di visita domiciliare presso l'abitazione indicata in calce.

A tale scopo

DICHIARA

Di essere in possesso dell'indicatore ISEE per le prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria con valore non superiore a 60.000€ (da allegare al presente modulo).

Che la composizione attuale del nucleo dove vive il richiedente è la seguente:

QUADRO B – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO (escluso il beneficiario)				
	I° COMPONENTE	II° COMPONENTE	III° COMPONENTE	IV° COMPONENTE
COGNOME e NOME				
RELAZIONE				
LUOGO DI NASCITA				
DATA DI NASCITA				
ATTIVITA'				

QUADRO C – INFORMAZIONI SULL'ABITAZIONE

Che il domicilio abituale è situato nel Comune di:

Via/P.zza

ed è composto da vani n.

- Di proprietà (o con mutuo)
- In uso gratuito o Usufrutto
- In affitto con contratto canone annuo previsto nel contratto
- Altro

Presenta barriere fisiche e/o sensoriali Sì (Esterne / Interne) No

QUADRO D – RISCOSSIONE DELL'EVENTUALE CONTRIBUTO

Che per la liquidazione dell'eventuale beneficio economico si preferisce la seguente modalità:

- In contanti per cassa
- In accredito su c/c bancario intestato a

- In accredito su c/c postale o Banco Posta^(*) intestato a

IBAN	Cod. Paese	CIN	ABI	CAB	CONTO CORRENTE

^(*)NB: se il c/c postale dopo la sequenza 07601 ha le cifre 03384, non è abilitato a ricevere contributi dagli Enti Locali.

DICHIARA INFINE

- Di essere consapevole che il contributo non è compatibile con altri sostegni economici erogati per la medesima finalità di permanenza a domicilio delle persone con gravissima disabilità.
- Di essere consapevole, in caso di ricovero presso strutture residenziali sanitarie o socio-sanitarie, di doverne dare comunicazione immediata (con le stesse modalità di presentazione della domanda indicate nella pagina successiva) e che in tali casi il contributo sarà sospeso per tutto il periodo eccedente i primi 60gg.
- Di aver ricevuto idonea informativa (Allegato C), ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 (Codice della Privacy) circa il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione per i fini istituzionali propri dell'Ente e per le finalità di cui alla presente procedura.

Data

Firma

MODALITA' DI CONSEGNA DELLA PRESENTE DICHIARAZIONE

QUADRO D - PRESENTAZIONE DIRETTA ALLO SPORTELLO

La firma del dichiarante è stata apposta in presenza del dipendente addetto alla ricezione (art. 38, comma 3, DPR 445/2000) previa esibizione del seguente documento di identità:

TIMBRO E FIRMA (del dipendente addetto a ricevere la documentazione)

Data _____ Firma _____

Il dipendente addetto alla ricezione allega copia del documento di identità esibito.

OPPURE

QUADRO E - INVIO PER POSTA O TRAMITE ALTRA PERSONA

Ai sensi degli artt. 38 e 45 del DPR 445/2000 è possibile inviare per posta la presente dichiarazione, debitamente sottoscritta, allegando obbligatoriamente **fotocopia di un documento di identità valido del dichiarante** o, se scaduto, apponendo in calce alla fotocopia del documento, la dichiarazione che i dati ivi contenuti non hanno subito variazione dalla data del rilascio.

Nel caso di utilizzo del servizio postale, la documentazione dovrà essere spedita tramite Raccomandata A/R a:

- **Direttore SdS Pistoiese, Viale Matteotti 35 – 51100 Pistoia**

OPPURE

e-mail con oggetto “Domanda contributo disabilità 2017” all’indirizzo di **posta elettronica certificata della SdS di Pistoia: sdspistoiese@postacert.toscana.it**

NOTE :

^a Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a, Convivente.

^b Italiana/Comunitaria/Extracomunitario in possesso di carta/permesso di soggiorno n.....
rilasciata alla Questura di con scadenza il..... o in
corso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data.....
Rifugiato politico (indicare l’ente che ha rilasciato l’attestato, il numero e la data).....