

DOMANDA DI ACCESSO AGLI INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA E GRAVE DISABILITÀ DI CUI AL FONDO NAZIONALE PER LE NON AUTOSUFFICIENZE ANNO 2016 IN APPLICAZIONE DELLA D.G.R. N. 5940/2016 (MISURA B2)

All'UFFICIO DI PIANO
AMBITO DI CORTEOLONA
Via Garibaldi, 6 - 27014
CORTEOLONA E GENZONE (PV)

La/il sottoscritta/o (cognome) _____ (nome) _____

nata/o a _____ Prov _____ il _____

Residente a _____ prov _____ cap _____

via _____ n. _____

tel. _____ cell. _____

e-mail _____ codice fiscale _____

in qualità di:

- diretto interessato
- Familiare
- Curatore
- Tutore
- Amministratore di Sostegno

di:

cognome/nome _____

nata/o a _____ il _____

Residente a _____ prov _____ cap _____

via _____ n. _____

tel. _____ cell. _____

e-mail _____ codice fiscale _____

CHIEDE

tra gli interventi che l'Ambito territoriale di Corteolona, ai sensi del proprio Regolamento, ha disposto di attuare a favore delle persone con gravi disabilità e anziani non autosufficienti, tra quelli previsti alla "Misura B2" di cui alla D.G.R. Lombardia n. 4249 del 30 ottobre 2015, di accedere a:

- CONTRIBUTO SOCIALE PER PERIODI DI SOLLIEVO**, finalizzati a sostenere la famiglia per ricoveri di sollievo della persona con disabilità grave/non autosufficiente trascorsi presso unità d'offerta residenziali sociosanitarie o sociali;
- VOUCHER SOCIALE**, finalizzato all'acquisto degli interventi complementari e/o integrativi al sostegno della domiciliarità (pasti, lavanderia, stireria, trasporto) presso il seguente soggetto accreditato/convenzionato con l'Ambito di Corteolona:

-
- VOUCHER SOCIALE, finalizzato a sostenere la vita di relazione di minori con disabilità attraverso appositi progetti di natura educativa/socializzante** che favoriscano il loro benessere psicofisico (es. pet therapy, attività motoria, frequenza a centri estivi, etc.);

 - POTENZIAMENTO DEGLI INTERVENTI TUTELARI DOMICILIARI A PERSONA GIA' IN CARICO AL SAD,** previa rivalutazione della persona ed indicazioni nel Progetto Individuale degli interventi aggiuntivi con acquisto degli interventi presso il seguente soggetto accreditato con l'Ambito di Corteolona:
-

A tal fine, avvalendosi della facoltà concessa dall'art.46 del citato D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Che la persona destinataria dell'intervento:

- è residente nel Comune di _____
- ha un ISEE pari a € _____
- si trova in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992
- è percettore di indennità di accompagnamento
- di essere a conoscenza che ai sensi del D.P.R. 403/98 art.11, comma 1, si potrà procedere ad idonei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 403/98 art.11 comma 3, la/il sottoscritta/o decadrebbe dai benefici ottenuti;
- di aver preso visione del Bando pubblico per l'assegnazione di contributi per care giver familiare e assistente familiare a favore di persone in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze anno 2016 e fondo ex l.r. n. 15/2015 in applicazione della d.g.r. n.5940/2016 (MISURA B2)

ALLEGA

- Copia certificazione rilasciata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992;
- Copia certificazione riconoscimento indennità di accompagnamento;
- Attestazione ISEE in corso di validità;
- Copia documento d'identità e Codice Fiscale del beneficiario;
- Copia documento d'identità del dichiarante, se diverso dal beneficiario;
- Copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno del beneficiario, qualora presente;
- Copia del Permesso di soggiorno o della Carta di soggiorno, per richiedenti extracomunitari residenti nei Comuni dell'Ambito di Corteolona;
- Copia di regolare contratto di lavoro per assistente familiare (per i richiedenti il buono sociale per assistenti familiari);
- Altro (specificare) _____

COMUNICA

i dati utili ai fini dell'accreditamento del contributo tramite bonifico sul conto corrente bancario/postale intestato al richiedente:

Banca _____

IBAN _____

Luogo _____, li _____

Firma del Dichiarante

Informativa e consenso al trattamento dei dati:

In base a quanto disposto dall'Art. 13 del D.lgs 196/2003 sono informato circa il trattamento dei miei dati personali ed in particolare che:

- La finalità del trattamento è la valutazione per l'erogazione degli interventi per persone con disabilità grave e anziani non autosufficienti in applicazione della D.G.R. N. 5940/2016 (MISURA B2) e per le procedure amministrative inerenti l'espletamento della pratica.
- I dati saranno trattati su supporti cartacei ed elettronici.
- Il conferimento dei dati ha natura facoltativa, tuttavia la loro mancanza non consentirà di dare luogo alle attività di cui sopra.
- Potranno essere esercitati i diritti di accesso ai dati di cui all'Art. 7 del D. lgs. 196/2003.

Luogo _____, li _____

Firma del Dichiarante
