



Ufficio Centrale Piano di Zona
Distretto Socio-Sanitario di Corteolona
Ente Capofila Città di Belgioioso
Provincia di Pavia



UNIONE EUROPEA
Fondo sociale europeo



Regione
Lombardia



POR FSE 2014-2020 / OPPORTUNITÀ E INCLUSIONE

**DOMANDA DI ACCESSO AGLI INTERVENTI DI CUI ALL'AVVISO PUBBLICO PER
L'IMPLEMENTAZIONE DI INTERVENTI VOLTI A MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA VITA
DELLE FAMIGLIE E DELLE PERSONE ANZIANE CON LIMITAZIONE DELL'AUTONOMIA**

Al Responsabile
Ufficio di Piano
AMBITO DI CORTEOLONA
Via Garibaldi, 6
27010 CORTEOLONA E GENZONE

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ Cap. _____

Via _____ n. _____

Telefono _____ cell. _____

e-mail _____

in qualità di:

diretto interessato

familiare di

tutore di

Curatore di

Amministratore di
sostegno di

cognome/nome _____

nato/a _____ il _____

Codice fiscale _____
residente a _____ Prov. _____ Cap _____
via _____ n. _____
Telefono _____ cell. _____
e-mail _____

CHIEDE

di accedere al VOUCHER di cui all'avviso pubblico per l'implementazione di interventi volti a migliorare la qualità della vita delle famiglie e delle persone anziane con limitazione dell'autonomia (dgr 5762 del 11/10/2016).

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

DICHIARA DI POSSEDERE I SEGUENTI REQUISITI DI ACCESSO

(barrare la casella corrispondente)

- essere residente nel Comune di _____ facente parte dell'Ambito di CORTEOLONA;
- età uguale o superiore a 65 anni;
- reddito ISEE (ordinario o ristretto) di riferimento uguale o inferiore a € 20.000,00 come da attestazione ISEE in corso di validità al momento della domanda: ISEE € _____;;
- compromissione funzionale lieve/moderata;
- essere caregiver di familiari non autosufficienti con necessità di sollievo e supporto per mantenere un'adeguata qualità della vita, purché non sia già previsto come intervento della Misura RSA aperta ex DGR n. 2942/2014 nel caso in cui la domanda sia presentata dal caregiver);
- vivere al proprio domicilio;
- non frequentare in maniera sistematica e continuativa unità di offerta o servizi a carattere socio-sanitario (es. il centro diurno integrato, ecc.);
- non usufruire (all'atto di presentazione della domanda) di interventi afferenti all'Avviso di cui al d.d.g. 10226/2015;
- di essere a conoscenza che ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, 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, il/la sottoscritto/a decadrebbe dai benefici ottenuti.

ALLEGA

- copia del documento di identità del beneficiario in corso di validità;
- copia del documento di identità del dichiarante, se diverso dal beneficiario, in corso di validità;
- attestazione ISEE del beneficiario in corso di validità;

- copia del verbale di invalidità, qualora presente;
 - copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno del beneficiario, qualora presente;
 - altro (specificare)
-

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS 196/2003 "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI"

In relazione ai dati personali contenuti nella presente domanda a che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

- la finalità del trattamento è la valutazione per l'erogazione degli interventi di cui alla DGR 5672 del 11/10/2016 e per le procedure amministrative inerenti l'espletamento della pratica;
- il conferimento dei dati ha natura facoltativa, tuttavia la loro mancanza non consentirà di dar luogo alle attività di cui sopra;
- il trattamento è realizzato su supporti cartacei ed informatici;
- potranno essere esercitati i diritti di accesso ai dati di cui all'art. 7 del D.lgs 196/2003

Preso atto dell'informativa il/la sottoscritto/a _____

Acconsente al trattamento dei dati qui contenuti in quanto funzionali agli scopi per i quali è posto in essere.

Luogo _____, data _____

Firma del dichiarante
