



COMUNE DI POLISTENA

CITTA' METROPOLITANA DI REGGIO CALABRIA

“COMUNE - CAPOFILA AMBITO TERRITORIALE N. 1”

COMUNI DI:

**ANOLA - CANDIDONI - CINQUEFRONDI - FEROLETO DELLA CHIESA - GALATRO - GIFFONE - LAUREANA DI BORRELLO
- MAROPATI - MELICUCCO - SAN GIORGIO MORGETO - SAN PIETRO DI CARIDA' - SERRATA**

UFFICIO DI PIANO

Mod. Domanda servizio centro diurno

ALL' AMBITO TERRITORIALE N. 1

Tramite il Comune di

FONDO REGIONALE NON AUTOSUFFICIENZA

“Servizio centro diurno per persone con disabilità”
di cui alla DGR n. 464/2014

SERVIZI A MEZZO VOUCHER

COGNOME

NOME

Il Sig. /a (di seguito indicato RICHIEDENTE)

nato/a a (Prov.) il

codice fiscale residente in:

Via..... Città..... Cap.....

Provincia tel.....

Sesso F M

In caso di rappresentante (genitore, tutore, procuratore, ecc.) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 (R) DPR 445/2000):

COGNOME

NOME

il Sig./ a

codice fiscale residente in:

Via..... Città..... Cap.....

Provincia tel.....

in qualità di:



COMUNE DI POLISTENA

CITTA' METROPOLITANA DI REGGIO CALABRIA

"COMUNE - CAPOFILA AMBITO TERRITORIALE N. 1"

COMUNI DI:

**ANOLA - CANDIDONI - CINQUEFRONDI - FEROLETO DELLA CHIESA - GALATRO - GIFFONE - LAUREANA DI BORRELLO
- MAROPATI - MELICUCCO - SAN GIORGIO MORGETO - SAN PIETRO DI CARIDA' - SERRATA**

UFFICIO DI PIANO

- rappresentante del richiedente (*genitore, tutore, procuratore, ecc.*)
 - persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela
- per conto del RICHIEDENTE

CHIEDE

- ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI CENTRO DIURNO TRAMITE VOUCHER PER LA TIPOLOGIA _____

consapevole che l'assistenza verrà erogata DA CENTRI DIURNI PER DISABILI AUTORIZZATI E NON CONVENZIONATI utilizzando lo strumento dei voucher;

A TAL FINE AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEGLI ARTICOLI 46 E 47 DEL D.P.R. 28/12/2000 N. 445 E SS.MM.

DICHIARA CHE

IL RICHIEDENTE/BENEFICIARIO PER CUI SI CHIEDE LA PRESTAZIONE:

- è cittadino italiano o U.E.,
oppure
- è cittadino extracomunitario titolare di permesso di soggiorno di lungo periodo CE;
- è in condizione di non autosufficienza, per come riportato nella documentazione allegata;
oppure
- è portatore di handicap grave con riconoscimento ((legge 104/92 art.3 comma 3)
- il suo nucleo familiare è composto da n. _____ persone

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA



COMUNE DI POLISTENA

CITTA' METROPOLITANA DI REGGIO CALABRIA

"COMUNE - CAPOFILA AMBITO TERRITORIALE N. 1"

COMUNI DI:

**ANOLA - CANDIDONI - CINQUEFRONDI - FEROLETO DELLA CHIESA - GALATRO - GIFFONE - LAUREANA DI BORRELLO
- MAROPATI - MELICUCCO - SAN GIORGIO MORGETO - SAN PIETRO DI CARIDA' - SERRATA**

UFFICIO DI PIANO

- la sua situazione reddituale e patrimoniale corrisponde a un valore ISEE (indicatore della situazione economica equivalente di cui ai D.Lgs 109/1998 e 130/2000) pari a euro _____, come da allegata certificazione;

di non usufruire di servizi di assistenza residenziale;

Allega alla presente :

- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità, sia del disabile, sia dell'eventuale familiare richiedente, ai sensi dell'art.38 del D.P.R. 445/2000;
- Copia verbale di accertamento di invalidità civile;
- certificazione di handicap di cui alla legge 104/92 art. 3 comma 3 (status di portatore di handicap in situazione di gravità);
- certificazione ISEE sulla situazione reddituale e patrimoniale (**con relativa dichiarazione sostitutiva**), in corso di validità;
- copia del permesso di soggiorno per soggiornanti di lungo periodo CE, nel caso di cittadino extracomunitario.
- Certificato rilasciato dal medico curante attestante l'idoneità a frequentare il centro diurno;

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto dell'art. 76 del DPR 445/2000 e ss.mm., dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite.

Di essere a conoscenza, in quanto informato ai sensi dell'art. 13 della legge n. 196/2003 e ss.mm., che i dati acquisiti con la presente autocertificazione vengono trattati dagli enti interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni connesse all'erogazione della misura economica per la non autosufficienza.

Il Distretto, tramite i Comuni, effettuerà la verifica anche a campione, delle dichiarazioni dei richiedenti avvalendosi delle informazioni in proprio possesso, nonché di quelle di altri enti della Pubblica Amministrazione, oltre all'eventuale ausilio della Guardia di Finanza per i controlli sostanziali e reddituali dei dati dichiarati.

IL DICHIARANTE

(data)

(firma)

Allegare fotocopia del documento di identità non scaduto

Via G. Lombardi – 89024 Polistena (RC) - Tel. 0966939601

pec protocollo@pec.comune.polistena.rc.it

www.comune.polistena.rc.it sezione UdP