



Al sig. SINDACO del Comune di BARBONA
Via ROMA, 1
35040 BARBONA (PD)

DOMANDA PER IL RICONOSCIMENTO DI CONTRIBUTO D.G.R.V. N. 3960/2001 "INTERVENTI SPERIMENTALI A FAVORE DELLE FAMIGLIE CHE ASSISTONO PERSONE CON DISABILITA' O ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI"

Il/La sottoscritto/a _____
COGNOME NOME COFICE FISCALE

nato/a _____ il _____ residente _____
COMUNE O STATO ESTERO GG / MM / AAAA

indirizzo _____ c.a.p. _____ Tel. _____
VIA / PIAZZA CIV

e-mail _____ cittadinanza _____
SE DIVERSA DA QUELLA ITALIANA

in possesso di CARTA / PERMESSO DI SOGGIORNO* n. _____ rilasciata il _____
*SOLO PER CITTADINI EXTRACOMUNITARI \neq BARRARE LA CASELLA CHE INTERESSA GG / MM / AAAA

da _____ con scadenza il _____
QUESTURA DI GG / MM / AAAA

del quale è stato richiesto il rinnovo* in data _____ come da documentazione allegata.
*SOLO IN CASO DI PERMESSO SCADUTO GG / MM / AAAA

in qualità di _____ *\neq specificare il grado di parentela*

CHIEDE

come previsto dalla D.G.R. n. 3960/2001 "Interventi sperimentali per il sollievo a favore delle famiglie che assistono persone con disabilità o anziani non autosufficienti":

- BUONO DI SERVIZIO
 ASSEGNO DI SOLLIEVO

Dati anagrafici dell'interessato/a:

_____ COGNOME _____ NOME _____ COFICE FISCALE

nato/a _____ il _____ residente a **BARBONA**
COMUNE O STATO ESTERO GG / MM / AAAA

indirizzo _____ c.a.p. _____ Tel. _____
VIA / PIAZZA CIV

e-mail _____ cittadinanza _____
SE DIVERSA DA QUELLA ITALIANA

in possesso di CARTA / PERMESSO DI SOGGIORNO* n. _____ rilasciata il _____
*SOLO PER CITTADINI EXTRACOMUNITARI \neq BARRARE LA CASELLA CHE INTERESSA GG / MM / AAAA

da _____ con scadenza il _____
QUESTURA DI GG / MM / AAAA

del quale è stato richiesto il rinnovo* in data _____ come da documentazione allegata.
*SOLO IN CASO DI PERMESSO SCADUTO GG / MM / AAAA

A tal fine, consapevole delle **sanzioni penali** nel caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti, di cui all'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000

DICHIARA

- che l'assistito **non** è stato titolare di:
 - Assegno di cura
 - Interventi in favore di persone con handicap grave L. 162/1998
 - Programmi Vita Indipendente L. 162/1998
 - Interventi in favore di persone cieche pluriminorate L. 284/1997
- che l'assistito ha usufruito dei seguenti servizi socio sanitari/contributi:
 - Assistenza domiciliare
 - Assistenza domiciliare integrata;
 - Frequenza a scuola o a centri diurni per disabili;
 - Telesoccorso.
- la situazione ISEE del nucleo familiare è pari a euro _____

SI IMPEGNA

- a garantire le risorse necessarie ad assicurare l'assistenza a favore del proprio familiare, come recepito dalla U.V.M.D nel progetto personalizzato, che potrà essere verificato.
- a riaccogliere l'assistito dopo eventuale periodo di ricovero temporaneo;
- a comunicare tempestivamente al Servizio preposto del Comune di residenza ogni variazione relativa allo stato personale dell'assistito (es. ricovero ospedaliero o in struttura residenziale per un periodo pari o superiore a 10 giorni, cambio residenza, eventuale decesso ecc.);
- ad essere disponibile per ulteriori accertamenti ed integrazioni documentali ed è consapevole che eventuali dichiarazioni mendaci saranno punite a norma di legge.

CHIEDE INOLTRE

che, in caso di concessione del contributo, le relative somme siano erogate: BARRARE UNA CASELLA

CON QUIETANZA DI _____ CON LE SEGUENTI MODALITÀ:

- ASSEGNO CIRCOLARE CHE SARÀ INVIATO A DOMICILIO DEL QUIETANZANTE;
- ACCREDITO SU C/C BANCARIO N. _____ ABI _____ CAB _____ CIN _____
BANCA _____ AG. DI _____
Intestato a _____

DICHIARA INFINE

In relazione ai dati forniti, alcuni dei quali rientrano nel novero di quelli "sensibili" acconsento all'uso dei dati stessi nell'ambito dell'istruttoria della domanda. (Legge 675/96)

Allega alla presente richiesta:

- fotocopia dell'attestazione ISEE in corso di validità;
- fotocopia del permesso di soggiorno o carta di soggiorno in corso di validità;
- Verbale di riconoscimento dell'Handicap ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/92 rilasciato della Commissione Invalidi Civili Integrata;
- Verbale della Commissione Invalidi Civili

Barbona, _____

_____ **Firma del dichiarante**

Ai sensi del DPR 445/2000, la presente dichiarazione deve essere sottoscritta in presenza del funzionario addetto a raccoglierla, se trasmessa via posta deve essere corredata di copia fotostatica non autenticata di un documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità.

Parte riservata all'Ufficio

Attesto che la sottoscrizione della dichiarazione di cui sopra è stata apposta in mia presenza dal/la dichiarante

Sig./ra _____ identificato/a mediante:

- carta di identità n. _____ rilasciata dal Comune di _____
- altro documento di riconoscimento _____

il Funzionario _____
o dipendente addetto