



DISTRETTO D 43

Vittoria - Comiso - Acate - ASP n.7

ALL. B

Al Comune di _____

Via _____

Oggetto: Erogazione di Buoni servizio (Voucher) per i servizi di Assistenza Domiciliare Integrata agli anziani (ADI) e per i servizi di Assistenza Domiciliare non Integrata (SAD) presso i Comuni del Distretto Socio-Sanitario D43, finanziati dal Piano di Azione e Coesione (PAC)- II Riparto.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____ C.F. _____

Cittadinanza _____ Tel. _____

CHIEDE

Di accedere all'erogazione di Buoni Servizio-Voucher per i servizi di Assistenza Domiciliare Integrata agli anziani (ADI) e/o per i servizi di Assistenza Domiciliare non Integrata (SAD) presso i Comuni del Distretto Socio-Sanitario D43, finanziati dal Piano di Azione e Coesione (PAC)- II Riparto.

Il buono è utilizzabile unicamente presso le Strutture accreditate dal Distretto D43.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 e del DPR n.445 del 28/02/2000 e smi.

DICHIARA

- ☐ di essere cittadino/a italiano/a o di uno Stato membro dell'Unione Europea o di una Nazione non facente parte dell'Unione Europea in possesso di regolare permesso di soggiorno almeno da tre anni;
- ☐ di essere residente nel Comune di _____;

- ☐ di essere unico componente del nucleo familiare e di richiedere per sè stesso l'utilizzo del voucher
- ☐ di avere un reddito familiare- Indicatore- ISEE di €._____.
- ☐ di essere in possesso del certificato del medico curante attestante la condizione di non autosufficienza
- ☐ di aver preso visione e di accettare il Bando per l'erogazione di Buoni di Servizio (Voucher) per i servizi di Assistenza Domiciliare Integrata agli anziani (ADI) e per i servizi di Assistenza Domiciliare non Integrata (SAD) presso i Comuni del Distretto Socio-Sanitario D43, finanziati dal Piano di Azione e Coesione (PAC)-II Riparto.

Nel caso in cui il Richiedente-dichiarante è un soggetto diverso dal beneficiario

- ☐ che il soggetto beneficiario over 65 anni facente parte del nucleo familiare del richiedente che vuole fruire del voucher è _____

_____(1)

(1) Indicare le generalità del beneficiario ed il grado di parentela con il dichiarante

Allegati:

1. Copia della certificazione ISEE aggiornata all'ultima dichiarazione fiscale;
2. Copia documento di identità in corso di validità;
3. Certificazione da parte del medico curante sulla condizione di non autosufficienza

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole di quanto prescritto dall' articolo 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui all' art 47 del medesimo D.P.R. 445/2000.

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. E' informato/a, inoltre, che il conferimento dei dati è necessario per la determinazione del contributo e che l'eventuale rifiuto a fornirli o ad acconsentire il loro successivo trattamento, comporta l'impossibilità da parte dell'Ente di dar corso alla domanda.

Il Dichiarante