AMBITO DISTRETTUALE DI CERTOSA DI PAVIA

BASCAPÈ, BATTUDA, BEREGUARDO, BORGARELLO, BORNASCO, CASORATE PRIMO, CERANOVA, CERTOSA DI PAVIA, CURA CARPIGNANO, GIUSSAGO, LANDRIANO, LARDIRAGO, MARCIGNAGO, MARZANO, ROGNANO, RONCARO, SANT'ALESSIO CON VIALONE, SIZIANO, TORREVECCHIA PIA, TROVO, TRIVOLZIO, VELLEZZO BELLINI, VIDIGULFO E ZECCONE

VOUCHER PER SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI E DISABILI

(Fondi distrettuali e FNA DGR 2883/2014)

MODULO DOMANDA

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 di (cognome/nome) _____(*)
- ☐ Tutore di (cognome/nome) _____(*)
- ☐ Curatore di (cognome/nome) _____(*)
- ☐ Amministratore di Sostegno di (cognome/nome) _____(*)

C H I E D E

L'assegnazione di VOUCHER SOCIALE per la realizzazione di Servizio di Assistenza Domiciliare rivolto a:

- ☐ **PERSONA CON GRAVE DISABILITA';**
- ☐ **ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE;**

come da Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI) redatto dalla competente Assistente Sociale e sottoscritto in favore di:

(*)(cognome/nome) _____

nata/o a _____ il _____

Residente a _____ Prov _____ CAP _____

via _____ n. _____

tel. _____ cell. _____

e-mail _____ Codice Fiscale _____

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,

D I C H I A R A

- Che la persona destinataria dell'intervento:
  - è residente nel Comune di _____;
  - ha un ISEE pari a € _____ (non superiore a € 15.000)

- Che la persona destinataria dell'intervento è:

  ☐ Anziano non autosufficiente 100%;

  ☐ Persona disabile con invalidità 100%;

- 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;

A L L E G A

☐ Copia verbale invalidità;
☐ Progetto Assistenziale di Intervento redatto dall'Assistente Sociale del Piano di Zona di Certosa di Pavia;
☐ Modulo di scelta dell'Operatore Accreditato alla resa del Servizio;
☐ Certificazione 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 del Distretto di Certosa di Pavia.
☐ Altro (specificare) _____

Sede _____, lì _____

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:

a) La finalità del trattamento è la valutazione per l'assegnazione di voucher sociali e per le procedure amministrative inerenti l'espletamento della pratica.
b) I dati saranno trattati su supporti cartacei ed elettronici.
c) Il conferimento dei dati ha natura facoltativa, tuttavia la loro mancanza non consentirà di dare luogo alle attività di cui sopra.
d) Potranno essere esercitati i diritti di accesso ai dati di cui all'Art. 7 del D. lgs. 196/2003.

Sede _____, lì _____ Firma del Dichiarante

_____

_____

RISERVATO ALL'ASSISTENTE SOCIALE

POLO _____

NOME E COGNOME ASSISTENTE SOCIALE REFERENTE _____

L'utente è:

□ Ammesso al servizio con le modalità contenute nel progetto assistenziale allegato
□ Non ammesso al servizio in quanto non in possesso dei requisiti richiesti dal regolamento

Il servizio è attivato a valere:

□ Sui fondi distrettuali
□ Sui fondi di cui alla DGR 2883/2014, Fondo per la Non Autosufficienza (potenziamento)

Data _____

Firma dell'Assistente Sociale

_____