Bernalda | Calciano | Ferrandina | Garaguso | Grassano | Grottole | Irsina | Miglionico | Montescaglioso | Oliveto Lucano | Pomarico | Salandra | Tricarico

AMBITO 7 - BRADANICA MEDIO BASENTO
COMUNE CAPOFILA IRSINA

(RISERVATO ALL'UFFICIO)
Prot. n. _____
del _____

ALLEGATO A

DOMANDA PER L'ACCESSO AL CONTRIBUTO FINALIZZATO ALLA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI GESTIONALI- DOPO DI NOI- DGR 1208/2017

A) SOSTEGNO E ACCOMPAGNAMENTO ALL'AUTONOMIA

Compilare in stampatello

DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

Il sottoscritto _____
(COGNOME E NOME)

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____
e residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____
CAP _____ Tel _____ Cell. _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Stato civile _____ Cittadinanza _____

CHIEDE L'ASSEGNAZIONE DEL CONTRIBUTO SOSTEGNO E ACCOMPAGNAMENTO ALL'AUTONOMIA

al fine di poter attuare un percorso di sostegno/accompagnamento per l'emancipazione dal contesto familiare o per la deistituzionalizzazione

☐ a favore di sé stesso,

☐ a favore di:

Cognome e Nome _____
Nato/a il _____ a _____ Prov. _____
e residente a _____ Via/Piazza _____ n.
CAP _____ Tel _____ Cell. _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Stato civile _____ Cittadinanza _____
Relazione di parentela _____ In qualità di _____

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. 445/00, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia

DICHIARA sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46/47 del D.P.R. 445/00

di essere in possesso/che il beneficiario è in possesso dei seguenti requisiti:

☐ Attestazione di invalidità certificazione della condizione di gravità legge 104/1992 art 3.comma 3;

☐ Indicatore I.S.E.E. pari ad euro ……

Che il beneficiario:

☐ frequenta il seguente servizio diurno sociale (es. Centro Socio Educativo Servizio di Formazione all'autonomia): ……::::……..

oppure:

☐ frequenta il seguente servizio diurno socio-sanitario (CDD) ……

oppure:

☐ non frequenta servizi diurni

E DICHIARA INOLTRE, di essere a conoscenza ai fini della redazione della graduatoria, delle priorità individuate ed elencate nel relativo avviso pubblico e, altresì:

☐ di non usufruire, dell'Accoglienza residenziale in Unità d'Offerta sociosanitarie,sociali.

☐ proprio stato di famiglia / stato di famiglia del beneficiario risulta così composto:

Grado di Parentela	*Cognome e Nome*	*Luogo e Data di Nascita*
Beneficiario		

☐ di conoscere ed accettare le condizioni contenute nell'Avviso Pubblico "DOPO DI NOI";

Richiede l'accredito su conto corrente bancario o postale
(intestato o cointestato al beneficiario o al richiedente)

Intestatario conto .....

Banca ..... Agenzia .....

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Alla presente domanda si allegano:

- Fotocopia carta d'identità del beneficiario e del richiedente se diverso dal beneficiario;
- Attestazione I.S.E.E. socio sanitario in corso di validità;
- **Certificazione della condizione di gravità legge 104/1992 art 3.comma3** e/o copia dell'indennità di accompagnamento.
- fotocopia di un documento che riporta le coordinate bancarie, per il pagamento tramite bonifico bancario, intestato alla/al richiedente (codice IBAN)

Luogo e data_____, Firma

_____

Bernalda | Calciano | Ferrandina | Garaguso | Grassano | Grottole | Irsina | Miglionico | Montescaglioso | Oliveto Lucano | Pomarico | Salandra | Tricarico

AMBITO 7 - BRADANICA MEDIO BASENTO
COMUNE CAPOFILA IRSINA

(RISERVATO ALL'UFFICIO)
Prot. n. _____
del _____

ALLEGATO A

DOMANDA PER L'ACCESSO AL CONTRIBUTO FINALIZZATO ALLA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI GESTIONALI- DOPO DI NOI- DGR 1208/2017

B) SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITÀ

Compilare in stampatello

DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

Il sottoscritto _____
(COGNOME E NOME)

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____
e residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____
CAP _____ Tel _____ Cell. _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Stato civile _____ Cittadinanza _____

CHIEDE

☐ a favore di sé stesso,

☐ a favore di:

Cognome e Nome _____
Nato/a il _____ a _____ Prov. _____
e residente a _____ Via/Piazza _____ n.
CAP _____ Tel _____ Cell. _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Stato civile _____ Cittadinanza _____
Relazione di parentela _____ In qualità di _____

L'assegnazione del:

- ☐ **CONTRIBUTO RESIDENZIALITÀ AUTOGESTITA**
- ☐ **CONTRIBUTO MENSILE PER COHOUSING/HOUSING**
- ☐ **CONTRIBUTO RESIDENZIALITÀ CON ENTE GESTORE**

al fine di poter attuare interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative.

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. 445/00, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia

***DICHIARA* sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46/47 del D.P.R. 445/00 di essere in possesso/che il beneficiario è in possesso dei seguenti requisiti:**

☐ Attestazione di invalidità certificazione della condizione di gravità legge 104/1992 art 3.comma 3;

☐ Indicatore I.S.E.E. pari ad euro ……

Che il beneficiario:

☐ frequenta il seguente servizio diurno: CSE……

CDD……

SFA……

oppure:

☐ di non frequentare un servizio diurno (CSE,SFA, CDD…);

E DICHIARA INOLTRE, di essere a conoscenza ai fini della redazione della graduatoria, delle priorità individuate ed elencate nel relativo avviso pubblico e, altresì:

di usufruire della seguenti misure, al fine di verificare la compatibilità con la misura richiesta:

☐ progetto sperimentale Vita Indipendente

☐ Misura Reddito di autonomia disabili

☐ Servizio di Assistenza Domiciliare Comunale

☐ proprio stato di famiglia / stato di famiglia del beneficiario risulta così composto:

Grado di Parentela	*Cognome e Nome*	*Luogo e Data di Nascita*
Beneficiario		

☐ di conoscere ed accettare le condizioni contenute nell'Avviso Pubblico "DOPO DI NOI";

Richiede l'accredito su conto corrente bancario o postale
(intestato o cointestato al beneficiario o al richiedente)
Intestatario conto .....
Banca ..... Agenzia .....
IBAN

Alla presente domanda si allegano:

- Fotocopia carta d'identità del beneficiario e del richiedente se diverso dal beneficiario;
- Attestazione I.S.E.E. socio-sanitario in corso di validità;
- **Certificazione della condizione di gravità legge 104/1992 art 3.comma3** e/o copia dell'indennità di accompagnamento;
- fotocopia di un documento che riporta le coordinate bancarie, per il pagamento tramite bonifico bancario, intestato alla/al richiedente (codice IBAN);

Luogo e data_____, Firma

_____

Bernalda | Calciano | Ferrandina | Garaguso | Grassano | Grottole | Irsina | Miglionico | Montescaglioso | Oliveto Lucano | Pomarico | Salandra | Tricarico

AMBITO 7 - BRADANICA MEDIO BASENTO
COMUNE CAPOFILA IRSINA

(RISERVATO ALL'UFFICIO)
Prot. n. _____
del _____

ALLEGATO A

DOMANDA PER L'ACCESSO AL CONTRIBUTO FINALIZZATO ALLA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI GESTIONALI- DOPO DI NOI- DGR 1208/2017

C) PRONTO INTERVENTO/SOLLIEVO

Compilare in stampatello

DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

Il sottoscritto _____
(COGNOME E NOME)

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____
e residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____
CAP _____ Tel _____ Cell. _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Stato civile _____ Cittadinanza _____

CHIEDE L'ASSEGNAZIONE DEL CONTRIBUTO SOS DI PRONTO INTERVENTO/SOLLIEVO
al fine di poter usufruire dell'intervento di permanenza temporanea in soluzione abitativa extra-familiare

☐ a favore di sé stesso,

☐ a favore di:

Cognome e Nome _____
Nato/a il _____ a _____ Prov. _____
e residente a _____ Via/Piazza _____ n.
CAP _____ Tel _____ Cell. _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Stato civile _____ Cittadinanza _____
Relazione di parentela _____ In qualità di _____

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. 445/00, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia

***DICHIARA* sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46/47 del D.P.R. 445/00 di essere in possesso/che il beneficiario è in possesso dei seguenti requisiti:**

☐ Attestazione di invalidità certificazione della condizione di gravità legge 104/1992 art 3.comma 3;

☐ Indicatore I.S.E.E. pari ad euro ……

E DICHIARA INOLTRE, di essere a conoscenza ai fini della redazione della graduatoria, delle priorità individuate ed elencate nel relativo avviso pubblico e, altresì:

☐ proprio stato di famiglia / stato di famiglia del beneficiario risulta così composto:

Grado di Parentela	*Cognome e Nome*	*Luogo e Data di Nascita*
Beneficiario		

☐ di conoscere ed accettare le condizioni contenute nell'Avviso Pubblico "DOPO DI NOI";

Richiede l'accredito su conto corrente bancario o postale
(intestato o cointestato al beneficiario o al richiedente)

Intestatario conto .....

Banca ..... Agenzia .....

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Alla presente domanda si allegano:

- Fotocopia carta d'identità del beneficiario e del richiedente se diverso dal beneficiario;
- Attestazione I.S.E.E. socio-sanitario in corso di validità;
- **Certificazione della condizione di gravità legge 104/1992 art 3.comma3** e/o copia dell'indennità di accompagnamento;
- fotocopia di un documento che riporta le coordinate bancarie, per il pagamento tramite bonifico bancario, intestato alla/al richiedente (codice IBAN);

Luogo e data_____, Firma

_____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la Sig./a (nome e cognome)_____
nato/a a _____ il ____/____/_____
residente nel comune di _____ alla Via/Piazza
_____ n° ____ Codice Fiscale _____

(barrare la/e casella/e d'interesse)

- □ per se stesso

- □ in qualità di legale rappresentante (specificare: □ tutore; □ curatore; □ amministratore di sostegno) della persona adulta con disabilità (nome e cognome) _____
nato/a a _____ il ____/____/_____
residente nel comune di _____ alla Via/Piazza _____ n° ____
Codice Fiscale _____

- □ in qualità di dichiarante (specificare: □ coniuge; □ figlio/a; □ altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado) della persona adulta con disabilità temporaneamente impossibilitata per ragioni connesse allo stato di salute (nome e cognome) _____
nato/a a _____ il ____/____/_____
residente nel comune di _____ alla Via/Piazza _____n° ____
Codice Fiscale _____

DICHIARA

- di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, nel rispetto del **REG. UE 679/2016** (GDPR) e ss. mm. e del D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 come modificato dal D. Lgs. 101/2018;
- di essere informato/a dei diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del **REG. UE 679/2016** (GDPR) e che il titolare del trattamento dei dati è l'Ufficio di Piano dell'Ambito Socio – Territoriale n. 7"Bradanica Medio Basento", nella persona della dott.ssa Anna Piscinnè;

ESPRIME

il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali forniti nei limiti del procedimento per il quale sono resi;

AUTORIZZA

il trattamento dei dati personali forniti, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, e in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Luogo e data: Firma del richiedente

_____, ___.___._____ _____

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. del 28.12.2000, n.445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. E' ammessa la presentazione anche via telematica o a mezzo posta.