

Al Coordinatore dell’Ufficio di Piano
Ambito Territoriale C10
Comune Capofila Mondragone

AVVISO PUBBLICO

PER LA PRESENTAZIONE DI DOMANDE PER L’ACCESSO, MEDIANTE VOUCHER, AL SERVIZIO CENTRO SOCIALE POLIFUNZIONALE PER LE PERSONE DISABILI DELL’ AMBITO TERRITORIALE C10.

Il sottoscritto (*Cognome e nome*) _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____

Codice Fiscale | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| |

residente in (*Comune di residenza*) _____

Via/Piazza _____ n° civico _____

telefono _____ e.mail _____

Oppure,

il/la Sottoscritto/a (*cognome e nome*) _____ nato a

_____ il ____ / ____ / ____ e residente a _____ Via

_____ n. ____ tel. _____,

E.mail: _____ Codice Fiscale

| |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| |

nella sua qualità di:

amministratore di sostegno

tutore/curatore

genitore

del sig./ra o del minore

(*cognome e nome*) _____ nato a

_____ il ____ / ____ / ____

Codice Fiscale | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| |

residente in (*Comune di residenza*) _____

Via/Piazza _____ n° civico _____

telefono _____ e.mail _____

CHIEDE

- di essere ammesso/a ad usufruire del Servizio Centro Sociale Polifunzionale per disabili;
- di beneficiare delle prestazioni nelle seguenti modalità:

	LUN	MAR	MER	GIO	VEN	CON VITTO	SENZA VITTO
PART-TIME							
FULL-TIME							

A tal uopo, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate e consapevole che i propri dati personali saranno trattati nel rispetto delle disposizioni di cui al D.Lgs 196/2003, Regolamento UE 679/2016 e D.Lgs 101 del 10/08/2018, per il quale esprime il proprio consenso:

DICHIARA (barrare con una X)

- di essere a conoscenza delle prestazioni inerenti il servizio Centro Sociale Polifunzionale per disabili di cui all'Avviso Pubblico;
- di non usufruire di altre prestazioni semiresidenziali socio assistenziali e/o sociosanitarie (Centro Diurno integrato, P.T.R.I.,) concesse dal proprio comune di residenza o dall'ambito territoriale, così come previsto nell'Avviso pubblico;
- di accettare la condizione di compartecipazione eventuale al costo del servizio nella misura prevista dal Regolamento di accesso ai servizi in base alla propria condizione dichiarata con la certificazione, in corso di validità, concernente l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE Ordinario e/o equivalente)

Inoltre, dichiara di essere in una o più delle seguenti condizioni di svantaggio (è possibile barrare più condizioni se presenti):

- di essere persona disabile che vive sola
- Persona disabile nel cui nucleo familiare è presente un altro disabile
- Persona disabile che vive con un solo componente del nucleo familiare
- Persona disabile che vive con componenti dello stesso nucleo familiare con un'età superiore ai 65 anni
- di avere un'Art. 3 co.3 e/o invalidità al 100% ed indennità di accompagnamento
- di avere un' Art. 3 co.1 + invalidità al 100% con indennità di accompagnamento

o Invalidità civile dal 67 al 99 %

di avere un'Art. 3 co. 3 + invalidità al 100% senza indennità di accompagnamento

o invalidità civile al 100% senza indennità di accompagnamento

di avere un'Art. 3 co. 1 + invalidità al 100% senza indennità di accompagnamento

o Invalidità civile dal 67 al 100% senza indennità di accompagnamento

di essere beneficiario del Reddito di Cittadinanza

di essere consapevole che a parità di punteggio sarà data priorità a coloro che presentano un ISEE più basso. Nel caso di parità di punteggio e di ISEE sarà data priorità al disabile con scarsa rete familiare. In caso di ulteriore parità sarà data priorità all'ordine di presentazione della domanda.

Si ricorda che saranno effettuati controlli finalizzati a verificare la veridicità dei requisiti autocertificati ai sensi della normativa vigente (art. 76 D.P.R. 445/2000).

Il sottoscritto _____ nato il ___/___/___ a _____ con
C.F. _____, residente a _____
Via _____, **acconsente** ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del
D. L.gs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali per le
finalità oggetto dell'Avviso Pubblico PER LA PRESENTAZIONE DI DOMANDE PER L'ACCESSO,
MEDIANTE VOUCHER, AL SERVIZIO CENTRO SOCIALE POLIFUNZIONALE PER LE
PERSONE DISABILI DELL' AMBITO TERRITORIALE C10.

Si allega:

1. copia fotostatica del documento di riconoscimento e del codice fiscale in corso di validità del richiedente e/o tutore, amministratore, genitore;
2. modello ISEE ordinario di tutto il nucleo familiare, in corso di validità;
3. copia verbale accertamento di Handicap, ai sensi della legge n. 104/92, art.3, commi 1 e 3.
4. Copia verbale Invalidità civile;

(luogo e data)

(firma leggibile del dichiarante)
