# Allegato B

# CITTA’ DI ACRI

*COMUNE CAPOFILA*

AMBITO TERRITORIALE DI ACRI

*(comuni: Acri e S. Sofia D’Epiro)*

 

**Al Responsabile del Settore**

**Servizi Socio-Assistenziali**

** Comune di ACRI**

** Comune di S. SofiA D’EPIRO**

**Oggetto:** Accesso a mezzo Voucher “Servizio centro diurno per persone con disabilità” di cui alla DGR n. 638/2018. **FNA 2015**

Il Sig. /a .............................................. ................................................ (di seguito indicato RICHIEDENTE)

nato/a a .................................................................... (Prov. …………...) il......……………….................

codice fiscale  residente in: Via........……................................................. Città.................................................... Cap.....…………… Provincia ...................... tel....……................….........

Sesso

F

M

*In caso di rappresentante (genitore, tutore, procuratore, ecc.) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 DPR 445/2000):*

Il Sig./a .................................................. ............................................................

Codice fiscale  residente in: Via........…….......................................................... Città.................................. Cap.....…………… Provincia ..............................tel....……...…........................

in qualità di:

rappresentante del richiedente (*genitore, tutore, procuratore,* ecc. ......................................)



persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela............................................)

per conto del RICHIEDENTE

**CHIEDE**

* ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI CENTRO DIURNO TRAMITE VOUCHER

consapevole che l’assistenza verrà erogata DA CENTRI DIURNI PER DISABILI AUTORIZZATI E NON CONVENZIONATI utilizzando lo strumento dei voucher;

Che, sulla base delle indicazioni fornite nell’Avviso Pubblico, chiede l’accesso, a mezzo voucher, ai servizi forniti dal *( barrare il centro prescelto):*

○ CENTRO Diurno “Pierino Tricarico”, gestito dall’Associazione Raggio di Sole, con sede in Acri Via Paolo Borsellino,45. **Posti autorizzati n. 14**

**○** CENTRO Diurno “Crisalide”, gestito dalla Soc. Coop. Crisalide, con sede in Acri , Piazza Principessa di Piemonte. **Posti autorizzati n. 25**

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R . 28/12/2000 n. 445 e ss. mm.

**DICHIARA CHE**

## IL RICHIEDENTE/BENEFICIARIO PER CUI SI CHIEDE LA PRESTAZIONE:

è cittadino italiano o U.E.,

## oppure

è cittadino extracomunitario titolare di permesso di soggiorno di lungo periodo CE;

è in condizione di non autosufficienza, per come riportato nella documentazione allegata;

## oppure

portatore di handicap grave con riconoscimento ((legge 104/92)



è

suo nucleo familiare è composto da n. persone



il

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME | DATA E LUOGO DI NASCITA | GRADO DI PARENTELA |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

la sua situazione reddituale e patrimoniale corrisponde a un valore ISEE (indicatore della

situazione economica equivalente ), in corso di validità, è pari a euro ,come

da allegata certificazione;

# di non usufruire di servizi di assistenza residenziale;

**Allega alla presente**:

* Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità, sia del disabile, sia dell’eventuale familiare richiedente, ai sensi dell’art.38 del D.P.R.445/2000;
* Copia verbale di accertamento di invalidità civile;
* certificazione di handicap di cui alla legge 104/92 art. 3 comma 3 ( status di portatore di handicap in situazione di gravità);
* certificazione ISEE sulla situazione reddituale e patrimoniale **(con relativa dichiarazione sostitutiva DSU**), in corso di validità;
* copia del permesso di soggiorno per soggiornanti di lungo periodo CE, nel caso di cittadino extracomunitario.
* Certificato rilasciato dal medico curante attestante l’idoneità a frequentare il centro diurno;

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto dell’art. 76 del DPR 445/2000 e ss.mm., dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all’applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite.

Di essere a conoscenza, in quanto informato ai sensi dell’art. 13 della legge n. 196/2003 e ss.mm., che i dati acquisiti con la presente autocertificazione vengono trattati dagli enti interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni connesse all’erogazione della misura economica per la non autosufficienza.

Il Comune di Acri, capo Ambito, effettuerà la verifica anche a campione, delle dichiarazioni dei richiedenti avvalendosi delle informazioni in proprio possesso, nonché di quelle di altri enti della Pubblica Amministrazione, oltre all’eventuale ausilio della Guardia di Finanza per i controlli sostanziali e reddituali dei dati dichiarati.

## IL DICHIARANTE

(data e luogo ) (firma)