

AL COMUNE DI

SERVIZI SOCIALI

Oggetto: **richiesta voucher per finanziare interventi volti a favorire lo sviluppo dell'autonomia finalizzata all'inclusione sociale per le persone disabili, di cui alla DGR n. 5672/2016**

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a il Residente a

in Via /Piazza C.F.....

Tel.

Titolo di soggiorno (se stranieri)

CHIEDE

- Per se stesso
- Per il/la Sig/ra

nato/a..... il e residente a.....

in Via /Piazza C.F.....

Titolo di soggiorno (se stranieri).....

tel.

di cui il sottoscritto è (grado di parentela)

DI POTER ACCEDERE ALLA MISURA REGIONALE A FAVORE DELLE PERSONE DISABILI

Allo scopo dichiara per il sottoscritto, se eventuale beneficiario, o per la persona per cui si chiede la misura:

- di avere un Isee di € redatto secondo la nuova normativa in vigore dal 1/1/2015;
- di avere un'età compresa tra i 16 ed i 64 anni;
- di avere livelli di abilità funzionali che consentono interventi socio educativi volti ad implementare le competenze necessarie alla cura di sé;
- di avere un livello di competenza per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana che consente interventi socio educativi e socio formativi per sviluppare/implementare/riacquisire:
 - competenze relazionali e sociali,
 - competenze da agire all'interno della famiglia o per emanciparsi da essa,

- competenze intese come prerequisiti utili per un eventuale inserimento/reinserimento lavorativo;
- di **NON** frequentano in maniera sistematica e continuativa unità d'offerta o servizi a carattere sociale o socio-sanitario (il centro socio educativo, il servizio di formazione all'autonomia, ecc.);
- di **NON** frequentano corsi di formazione professionale;
- di **NON** usufruire attualmente (all'atto della presentazione della domanda) interventi afferenti all'Avviso di cui al d.d.g. 10227/2015 ("**Reddito di Autonomia**")
- Che nel nucleo familiare del richiedente vi è la presenza di: (barrare una delle seguenti caselle nel caso sia presente una delle seguenti condizioni):
 - un solo genitore o un solo familiare, oltre al beneficiario
 - solo del beneficiario
 - altra persona (oltre al richiedente) con invalidità superiore al 74%
 - sole persone (oltre al richiedente) con invalidità superiore al 74%

MONITORAGGIO E CONTROLLI

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che il Comune di potrà effettuare, tramite gli assistenti sociali, la verifica della conformità dell'utilizzo della prestazione rispetto al progetto concordato.

E' fatto obbligo comunicare al servizio sociale comunale ogni variazione che comporti il venir meno del diritto alla prestazione.

Il sottoscritto:

- **prende atto** che ai sensi dell'art.13 del Dl.gs n. 196/2003 e s.m.i "Codice in materia di protezione dei dati personali" i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi a cui il procedimento, per il quale si richiede la dichiarazione di cui sopra;
- **prende atto** inoltre che sui dati dichiarati il Comune potrà effettuare controlli da parte degli organi preposti, ai sensi dell'articolo 71 del DPR n. 445 del 2000 e ai sensi degli articoli 4, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e 6, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221, e successive modificazioni

ALLEGA

- Attestazione ISEE in corso di validità come indicato nell'allegato 1 del bando
- Copia del permesso di soggiorno
- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente
- Copia per ciascun soggetto riconosciuto invalido del relativo verbale rilasciato dalla Commissione ASL

Data _____

In fede

Data