

Ambito territoriale Oglio Ovest – L. 328/00

Distretto n°7

COMUNI DI CASTELCOVATI, CASTREZZATO, CAZZAGO S/M, CHIARI, COCCAGLIO, COMEZANO-CIZZAGO,
ROCCAFRANCA, ROVATO, RUDIANO, TRENZANO, URAGO D'OGLIO

NON COMPILARE - RISERVATO AL COMUNE

Data di Presentazione N. Domanda

SPETT.LE COMUNE DI _____

RICHIESTA

VOUCHER SOCIALE PER INTERVENTI VOLTI A MIGLIORARE LA QUALITA' DELLA VITA DELLE FAMIGLIE E DELLE PERSONE ANZIANE CON LIMITAZIONE DELL'AUTONOMIA

(AI SENSI DEL DECRETO N. 10226 E DECRETO N. 11643/2015 DELLA DG REDDITO DI AUTONOMIA E INCLUSIONE SOCIALE)

...Il... sottoscritt.....

nat.....a.....prov.....il.....

residente in.....(c.a.p.).....

Via/Piazza.....n°.....

Stato Civile.....telefono.....

Codice fiscale.....;

CHIEDE

Di usufruire del Voucher Sociale per interventi volti a migliorare la qualità della vita delle famiglie e delle persone anziane con limitazione dell'autonomia, periodo 15 marzo 2016 / 15 marzo 2017.

A tal fine, consapevole delle sanzioni civili e penali a cui incorre in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più corrispondenti a verità, giusto il disposto dell'art. 26 della legge n° 15/68,

DICHIARA

- di essere nat....aprov.....il.....
- di essere residente in.....
- che il proprio nucleo familiare, come definito dallo Stato di famiglia, è formato dalle seguenti persone:

Cognome e nome	rapporto di parentela con il richiedente

Settore 3 Sociale

Area Piano di Zona – Legge 328/00

Responsabile dott.ssa Rosa Simoni

c/o Servizi Sociali Piazza Martiri della libertà, 26 - Comune di Chiari

tel. 030 7008254 - fax 030 7008258

e-mail: upservizisociali@comune.chiari.brescia.it

Ambito territoriale Oglio Ovest – L. 328/00

- di avere età uguale o >75 anni;
- di avere un reddito ISEE pari a euro.....
- di essere in situazione di compromissione lieve conseguente ad uno stadio iniziale di demenza o altre patologie di natura psicogeriatrica;
- di non essere titolare di indennità di accompagnamento;
- di non essere beneficiario della Misura B2 (ex DGR 2883/2014);
- di vivere al proprio domicilio (ivi compresi gli Alloggi Protetti per Anziani – APA);
- di non usufruire già di unità di offerta / interventi / misure / prestazioni di carattere sociale o socio sanitario.
- di essere consapevole che il servizio sociale comunale effettuerà una visita domiciliare al fine di redigere il PI (progetto individualizzato), parte integrante della documentazione da allegare alla domanda..

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni relative ai cambiamenti anagrafici ed ogni altro evento che modifichi le dichiarazioni rese.

CONSENSO INFORMATO

Informativa ai sensi del D.lgs 193/2003

Ai sensi del D.lgs 196/2003 ed in relazione ai dati personali che la riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

- L) il trattamento è indispensabile per l'organizzazione delle attività inerenti la richiesta inoltrata;
- M) è realizzato dal personale del Comune di Residenza e del Comune di Chiari, anche con l'ausilio dei mezzi elettronici.
- N) Preso atto dell'informativa, il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati sensibili funzionali agli scopi per i quali è posto in essere.

allega alla presente domanda:

- 1- fotocopia codice fiscale e carta d'identità del richiedente ;
- 2- copia certificazione medica attestante la patologia
- 3- copia attestazione isee

Data

firma del richiedente/ amministratore di sostegno

.....

In caso di richiesta presentata dall'amministratore di sostegno:

...Il.... sottoscritt.....

residente a.....via.....

Nato ail.....

Codice fiscale.....

DICHIARA

di essere amministratore di sostegno del sig..... numero. R.G.

Firma.....

Settore 3 Sociale

Area Piano di Zona – Legge 328/00

Responsabile dott.ssa Rosa Simoni

c/o Servizi Sociali Piazza Martiri della libertà, 26 - Comune di Chiari

tel. 030 7008254 - fax 030 7008258

e-mail: upservizisociali@comune.chiari.brescia.it