

Alla VII Comunità Montana Salto Cicolano
Capofila Distretto RI/4
tramite l'Ufficio Servizi Sociali del
Comune di _____

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
in qualità di _____ richiede la predisposizione di
interventi mirati all'assistenza di persone totalmente o parzialmente non autosufficienti (D.G.R.
601/2007-L.R 20/2006) A FAVORE DI:

Nome e cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Indirizzo (di residenza) _____

Telefono _____

Tipologie di intervento richiesto:

Programmi di aiuto alla persona gestiti in forma indiretta, mediante piani personalizzati, previa
verifica del titolo professionale dell'operatore prescelto dall'utente o suo tutore, in relazione alle
prestazioni da erogare;

Il richiedente, o chi ne fa le veci, consapevole che in caso di falsa dichiarazione si applicano le
disposizioni del codice penale e delle leggi speciali in materia, **dichiara che il nucleo familiare**
del destinatario del progetto risulta costituito come di seguito:

- numero di componenti del nucleo familiare |_|_|
- numero componenti con disabilità, ai sensi dell'art. 3 L 104/92 o invalido al 100%, **oltre**
il destinatario del progetto |_|_|
- numero anziani di età pari o superiore ai 65 anni, **oltre** il destinatario del progetto |_|_|
- numero componenti minori **oltre** al destinatario del progetto |_|_|

Dichiara, altresì:

- che il reddito ISEE del nucleo familiare del destinatario del progetto è pari ad € _____

- che lo stesso destinatario attualmente:

NON fruisce di alcuna prestazione socio-assistenziale

FRUISCE delle seguenti prestazioni socio-assistenziali erogate dal Distretto RI/4 :

Si allegano alla presente le seguenti certificazioni:

- certificazione di disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della l. 104/92
oppure
- verbale di invalidità civile pari al 100% (nel caso si posseggano tutte le certificazioni
anzidette, queste vanno contestualmente presentate);

- certificazione del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento se non specificato nel verbale suddetto;
- modello ISEE (redditi anno 2014);
- Autocertificazione dello stato di famiglia
- Documento di riconoscimento del richiedente .

Solo se in possesso: n ____Certificazione /i attestante/i la condizione di disabilità o invalidità al 100% di **altro/i componente/i il nucleo familiare**

Il/La sottoscritto/a, inoltre dichiara:

• di essere informato, ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali, acquisiti con la presente istanza:

a) sono forniti per determinare le condizioni di ammissibilità del destinatario del progetto al beneficio richiesto;

b) potranno essere trattati anche mediante strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento relativo alla presente istanza.;

Il rifiuto al trattamento dei dati contenuti nella presente istanza non consentirà di accedere al beneficio richiesto.

L'ente al quale viene presentata l'istanza e gli enti interessati a cui sono trasmesse le informazioni sono titolari del trattamento dei dati, ciascuno per le rispettive competenze.

Data _____

Firma del destinatario del progetto
(o di chi ne fa le veci)
