

SPAZIO RISERVATO AL PROTOCOLLO

data

Prot. n.



**AMBITO DISTRETTUALE
DI CREMONA
ANNO 2016**

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

(D.D.G. 10226/2015 e D.D.G. 11643/2015 della D.G. Reddito di Autonomia e inclusione sociale)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ prov. () il _____

codice fiscale _____ stato civile _____

residente a _____

via _____ tel. _____

eventuale altro recapito _____

indirizzo di posta elettronica _____

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 per il periodo intercorrente tra il 15 marzo 2016 ed il 15 marzo 2017.

A tale scopo, consapevole delle sanzioni civili e penali a cui può incorrere in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti al vero, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445,

dichiara

- di essere in situazione di compromissione lieve conseguente ad uno stadio di demenza o altre patologie di natura psicosociale;
- di non essere titolare di indennità di accompagnamento;
- di non essere beneficiario della Misura B2 (ex D.G.R. 2883/2014)
- di vivere al proprio domicilio (ivi compresi gli alloggi protetti per anziani);
- di non usufruire già di unità di offerta/interventi/misure/prestazioni di carattere sociale o socio-sanitario;

- di possedere un Indicatore della Situazione Economica Equivalente pari ad €. _____
- che il proprio nucleo familiare, come risultante dallo stato di famiglia, è formato dalle seguenti persone:

RAPPORTO PARENTELA	NOMINATIVO	INVALIDITÀ' SÌ O NO	% INVALIDITÀ

La presente richiesta a favore di _____ è presentata dal familiare / Tutore/ Amministratore di Sostegno

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residente a _____ Via _____

Telefono _____ cellulare _____

Indirizzo posta elettronica _____

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

Allegati:

- a) fotocopia documento di identità in corso di validità, anche dell'eventuale familiare, tutore o amministratore di sostegno
- b) attestazione I.S.E.E. in corso di validità
- c) certificazione medica o certificazione di invalidità attestante la patologia
- d) schede ADL e IADL
- e) Eventuale certificazione di invalidità di altri componenti il nucleo familiare

Firma del richiedente o di chi ne fa le veci

Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali". Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 30.06.03 n. 196, ed in relazione ai dati personali che la riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue: il trattamento è indispensabile ai fini dell'accesso al beneficio; il trattamento è realizzato da personale del Comune di residenza e dell'Azienda Sociale del Cremonese, anche con l'ausilio di mezzi informatici. Preso atto dell'informativa di cui sopra, il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali che lo/a riguardano, funzionale agli scopi per il quale è posto in essere.

.....il..... Firma.....