

AMBITO DISTRETTUALE

DI CREMONA

**ANNO 2016**

### **SPAZIO RISERVATO AL PROTOCOLLO**

data

Prot. n.

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. 12405/2016 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, come da D.D.G. 12405/2016 del 28 novembre 2016.**

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 vivere al proprio domicilio (ivi compresi gli alloggi protetti per anziani);
* di possedere un Indicatore della Situazione Economica Equivalente pari ad €. \_\_\_\_\_\_\_
* di essere in situazione di compromissione funzionale lieve/moderata ovvero condizioni che possono comportare una minore cura di sé e dell’ambiente domestico nonché povertà relazionale intesa come rarefazione delle relazioni familiari, progressiva scomparsa dei rapporti di amicizia e di vicinato, ecc. con conseguenti importanti effetti dal punto di vista del decadimento psico-fisico;
* essere caregiver di familiare non autosufficiente con necessità di sollievo e supporto per mantenere un’adeguata qualità della vita, purché non sia già previsto come intervento della Misura RSA APERTA ex D.G.R. n. 2942/2014;
* di non essere affetto/a da gravi limitazioni dell’autosufficienza ed autonomia personale (eventualmente anche in condizioni di dipendenza vitale);
* di non frequentare in maniera sistematica e continuativa unità di offerta o servizi a carattere socio-sanitario (es. il Centro Diurno Integrato);
* di non avere in corso (all’atto della presentazione della domanda) interventi afferenti all’Avviso di cui al D.D.G. 10226/2015 (reddito di autonomia 2015/2016).
* 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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:**

1. **fotocopia documento di identità in corso di validità, anche dell’eventuale familiare, tutore o amministratore di sostegno**
2. **attestazione I.S.E.E. in corso di validità**
3. **schede ADL e IADL**
4. **certificazione medica o certificazione di invalidità attestante la patologia**
5. **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…………………………………