

AMBITO DISTRETTUALE

DI CREMONA

### **SPAZIO RISERVATO AL PROTOCOLLO**

data

Prot. n.

RICHIESTA VOUCHER SOCIALE PER INTERVENTI PER LO SVILUPPO DELL’AUTONOMIA FINALIZZATA ALL’INCLUSIONE SOCIALE DELLE PERSONE CON DISABILITA’

(D.D.G. 12408/2015 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 per lo sviluppo dell’autonomia finalizzata all’inclusione sociale delle persone disabili, come da D.D.G. 12408/2016 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 avere età compresa tra i 16 ed i 64 anni;
* di essere persona con un livello di compromissione funzionale che consente un percorso di acquisizione di abilità sociali e relative all’autonomia nella cura di sé e dell’ambiente di vita, nonché nella vita di relazioni;
* di possedere un Indicatore della Situazione Economica Equivalente pari ad €. \_\_\_\_\_\_\_
* di non frequentare corsi di formazione professionale;
* di non frequentare in maniera sistematica e continuativa unità di offerta a carattere sociale o socio-sanitario (centro socio educativo, servizio formazione all’autonomia, ecc.);
* di non avere in corso (all’atto della presentazione della domanda) interventi afferenti all’Avviso di cui al D.D.G. 10227/2015 (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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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:**

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. **certificazione medica o certificazione di invalidità attestante la patologia**
4. **schede ADL e IADL**
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…………………………………