

# AMBITO TERRITORIALE DI CERTOSA DI PAVIA

Comuni

Bascapè, Battuda, Bereguardo, Borgarello, Bornasco, Casorate Primo, Ceranova, Certosa di Pavia, Cura Carpignano, Giussago, Landriano, Lardirago, Marcignago, Marzano, Rognano, Roncaro, Sant'Alessio con Vialone, Siziano, Torrevecchia Pia, Trovo, Trivolzio, Vellezzo Bellini, Vidigulfo e Zeccone

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI BUONI SOCIALI FINALIZZATI A FAVORIRE  
LA PERMANENZA AL DOMICILIO E NEL PROPRIO CONTESTO DI VITA DI PERSONE  
CON GRAVE DISABILITA' O ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**  
FONDO NAZIONALE PER LE NON AUTOSUFFICIENZE ANNO 2016 IN APPLICAZIONE DELLA D.G.R. N. 5940/2016 (MISURA B2).

Il/la sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di:

Diretto interessato

oppure

Familiare

Amministratore di Sostegno

Tutore

Curatore

**di:**

(cognome/nome) \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

## CHIEDE

di accedere all'assegnazione di BUONI SOCIALI per compensare prestazioni di assistenza garantite da:

- CAREGIVER FAMILIARE
- ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE ASSUNTO CON CONTRATTO A TEMPO PIENO
- ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE ASSUNTO CON CONTRATTO PART-TIME

a favore di persone in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze in applicazione della D.G.R. n. 5940/2016 (misura b2).

A tal fine, avvalendosi della facoltà concessa dall'art.46 del citato D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità,

## DICHIARA

✓ che la persona destinataria dell'intervento:

- è residente nel Comune di \_\_\_\_\_;
- ha un ISEE (*rilasciato in data successiva al 15/01/2017*) pari a € \_\_\_\_\_;
- è affetta da GRAVI LIMITAZIONI FUNZIONALI che ne compromettono l'AUTOSUFFICIENZA e l'AUTONOMIA PERSONALE nelle attività della vita quotidiana;

è in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992;

è beneficia dell'indennità di accompagnamento;

non frequenta unità di offerta sociale a ciclo semiresidenziale diurno (CSE,CDD,CDI)

oppure

frequenta la seguente unità d'offerta sociale:

- Centro Diurno Disabili (CDD)
- Centro Socio Educativo (CSE)
- Centro diurno integrato per anziani (CDI)

✓ di essere a conoscenza che ai sensi del D.P.R. 403/98 art.11, comma 1, si potrà procedere ad idonei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 403/98 art.11 comma 3, la/il sottoscritta/o decadrebbe dai benefici ottenuti;

✓ di aver preso visione del Bando pubblico "PER L'ASSEGNAZIONE DI BUONI SOCIALI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA E GRAVE DISABILITA'PER FAVORIRE LA PERMANENZA AL DOMICILIO E NEL PROPRIO CONTESTO DI VITA (FNA 2016 - MISURA B2 - D.G.R. N. 5940/2016)";

