



CONTRIBUTO DI SOLIDARIETA' PER LA DISABILITA'
DGR n. 845/2014
DOMANDA DI ACCESSO AL CONTRIBUTO DI SOLIDARIETA' per la DISABILITA'

Il Sig. /a COGNOME NOME (di seguito indicato **RICHIEDENTE**)

nato/a a (Prov.) il

codice fiscale

residente in:

Via.....

Città CAP..... Provincia
tel.....

Sesso F M

Inserito o da inserire nella struttura (indicare Nome e Tipologia)

In caso di rappresentante legale (genitore di minore, tutore, procuratore, ecc.) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere o di genitore di persona adulta (art. 4 (R) DPR 445/2000):

COGNOME NOME

il Sig./ a

codice fiscale

Residente in:

via.....

Città Cap..... Provincia
tel.....

in qualità di:

rappresentante legale del richiedente: (specificare se genitore di minore, tutore, procuratore, ecc.)

persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela

genitore di disabile adulto

per conto del RICHIEDENTE

CHIEDE L'ACCESSO AL BENEFICIO E A TAL PROPOSITO DICHIARA:

CONDIZIONE ISEE

Utente inserito in strutture RESIDENZIALI, COMPARTECIPA alla spesa sociale nella misura di :

Valore ISEE INDIVIDUALE < o uguale a 12.000: la quota di compartecipazione per l'utente è pari a zero , se in possesso dell'indennità di accompagnamento è pari a 16,00 euro/die;

Valore ISEE INDIVIDUALE compreso tra 12.001-15.000: la quota di compartecipazione per l'utente è pari a 10,00 euro/die, se in possesso dell'indennità di accompagnamento si aggiungono i 16,00 euro/die arrivando così ad un totale massimo di euro 26,00;

Valore ISEE INDIVIDUALE compreso tra i 15.001-20.000: la quota di compartecipazione per l'utente è pari a 14,00 euro/die, se in possesso dell'indennità di accompagnamento si aggiungono i 16,00 euro/die arrivando così ad un totale massimo di euro 30,00;

Valore ISEE INDIVIDUALE compreso tra i 20.001 e i 40.000 euro la quota di compartecipazione per l'utente è stabilita fino ad un massimo di 36,00/die (inclusa l'indennità di accompagnamento) in base alla tipologia di struttura e alla relativa tariffa.

Utente inserito in strutture SEMIRESIDENZIALI, COMPARTECIPA alla spesa sociale nella misura di :

Valore ISEE INDIVIDUALE < o uguale a 12.000: la quota di compartecipazione per l'utente è pari a 4,00 euro/die;

Valore ISEE INDIVIDUALE compreso tra 12.001-15.000: la quota di compartecipazione per l'utente è pari a 5,00 euro/die

Valore ISEE INDIVIDUALE compreso tra i 15.001-20.000: la quota di compartecipazione per l'utente è pari a 7,00 euro/die

Valore ISEE INDIVIDUALE compreso tra 20.001 e 40.000 la quota di compartecipazione è stabilita sino ad un massimo di 22,00 euro/die in base alla tipologia di struttura e alla relativa tariffa.

CONDIZIONE DI INVALIDITA'

- è invalido al 100% con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento
oppure
- è in possesso del verbale di accertamento dell'invalidità, attestante una percentuale diversa rispetto al punto precedente, aggiornato a non più di due anni dal momento della domanda di accesso al contributo;
oppure
- è in possesso del verbale dell'INPS (antecedente a più di due anni) corredato da certificazione del medico di medicina generale o dello specialista di struttura pubblica che lo ha in carico, in cui si attesti che l'interessato non presenta un quadro clinico che giustifichi la richiesta di aggravamento;
oppure
- è in possesso della copia dell' istanza di aggravamento all'INPS al momento della domanda di contributo;

Allega alla presente:

la documentazione relativa alla condizione di invalidità di cui ad uno dei punti precedenti

certificazione ISEE.

Deve essere presentato l'ISEE standard ossia conforme in cui vengono inseriti tutti i dati relativi ai componenti del nucleo familiare della persona disabile così come individuato dallo stato di famiglia, **con l'estrapolazione dell'ISEE individuale** parametrato ai criteri dell'ISEE standard e ad esso allegato.

Il sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto dell'art. 76 del DPR 445/2000 e ss.mm., dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri.

Il sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

Il sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite.

Di essere a conoscenza, in quanto informato ai sensi dell'art. 13 della legge n. 196/2003 e ss.mm. che i dati acquisiti con la presente autocertificazione vengono trattati dagli enti interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni connesse all'erogazione della misura economica per la non autosufficienza.

IL DICHIARANTE

(data)

(firma)
(allegare fotocopia del documento di identità non scaduto)