

COMUNE DI VALLI DEL PASUBIO

PROVINCIA DI VICENZA

Cap 36030 - Via Bruno Brandellero, 46

Part. IVA e Cod. Fisc. 00398190249

E-mail: info@comune.vallidelpasubio.vi.it certificata: vallidelpasubio.vi@cert.ip-veneto.net

Tel. 0445 590400 Fax 0445 590 280

Nome documento V:\Segreteria\Assistenza\Assegni di sollievo\Modulo domanda sollievo 2017_2018.doc



Al Sig. Sindaco

del Comune di

VALLI DEL PASUBIO - 36030 - VI

OGGETTO: Richiesta **contributo di sollievo** per persona assistita in famiglia in condizione di non autosufficienza e/o parziale autosufficienza e a rischio socio-economico.

Il/La sottoscritto/a _____
telefono _____,

CHIEDE

Di accedere al contributo regionale di cui alla D.G.R.V. n. 3960/01, a favore delle persone non autosufficienti assistite in famiglia.

Ai fini di cui sopra, consapevole delle sanzioni civili e penali cui andrà 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 D.P.R. 28/12/2000, n. 445:

DICHIARA

1. di essere nato a _____ il _____
2. di essere residente a VALLI DEL PASUBIO in via _____ n. _____
3. di essere cittadino/a italiano/a
4. che la famiglia convivente si compone di:

Cognome e Nome	Rapporto di parentela	Data di nascita	Professione	Note

5. che assicurano l'assistenza a domicilio i seguenti familiari / volontari / personale di assistenza:

COMUNE DI VALLI DEL PASUBIO

PROVINCIA DI VICENZA

Cap 36030 - Via Bruno Brandellero, 46

Part. IVA e Cod. Fisc 00398190249

E-mail: info@comune.vallidelpasubio.vi.it certificata: vallidelpasubio.vi@cert.ip-veneto.net

Tel. 0445 590400 Fax 0445 590 280

Nome documento V:\Segreteria\Assistenza\Assegni di sollievo\Modulo domanda sollievo 2017_2018.doc



Cognome e Nome	Rapporto di parentela	Data di nascita	Professione	Note

6. che il proprio Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) determinato ai sensi del D.P.C.M. 05/12/2013, n. 159 è pari ad Euro _____ (allegare attestazione)
7. di non essere beneficiario dei contributi di cui alla L.R. 28/91, L.R. 5/2001, L. 162/98;
8. di essere in possesso di almeno una delle seguenti condizioni soggettive (*barrare quella posseduta*):
 - a) certificazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. 104/92;
 - b) riconoscimenti d'invalidità civile al 100% (o equiparati);
 - c) attestazione della condizione di non autosufficienza accertata dalla Unità Valutativa Multidimensionale del Distretto (UVMD);
 - d) attestazione, previa valutazione dell'Ufficio Servizi Sociali competente, dello stato di disagio socio-economico della persona non autosufficiente e/o dell'anziano parzialmente autosufficiente.
9. di aver sostenuto dal __/__/2017 alla data odierna le seguenti spese per gli interventi di cui al punto 1) del bando e di cui ne allega documentazione:
 - a) _____
 - b) _____
 - c) _____

COMUNE DI VALLI DEL PASUBIO

PROVINCIA DI VICENZA

Cap 36030 - Via Bruno Brandellero, 46

Part. IVA e Cod. Fisc 00398190249

E-mail: info@comune.vallidelpasubio.vi.it certificata: vallidelpasubio.vi@cert.ip-veneto.net

Tel. 0445 590400 Fax 0445 590 280

Nome documento V:\Segreteria\Assistenza\Assegni di sollievo\Modulo domanda sollievo 2017_2018.doc



Informativa ex art. 13 D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione di dati personali)

Dichiaro di essere stato informato:

- che i dati contenuti nella domanda verranno trattati in modo informatizzato e per le finalità di cui all'oggetto;
- che il mancato conferimento degli stessi potrà comportare l'inammissibilità della domanda;
- che i dati potranno essere comunicati all'ULSS n. 4 Alto Vicentino;
- che il titolare del trattamento è il Comune di Valli del Pasubio;
- che il responsabile del trattamento è il Sig. Sbabo Francesco dell'Ufficio Segreteria;
- che in ogni momento potrò esercitare i diritti ex art. 7 del D.Lgs 196/03, nei confronti del titolare del trattamento.

Nel caso di richiesta presentata da un familiare o rappresentante legale:

La su estesa domanda è stata resa dal sottoscritto
_____ nato a _____ il
_____ e residente a _____ in Via
_____ n. ___ tel. _____ in nome e per conto
dell'incapace e/o persona non autosufficiente nella mia qualità di
_____.

Allegati:

- copia del documento d'identità del dichiarante
- attestazione ISEE del beneficiario o nucleo del beneficiario
- documenti relativi alle spese sostenute

Valli del Pasubio, lì _____

In fede

(allegare copia del documento d'identità)