

SPAZIO PER IL PROTOCOLLO

data

Prot. n.

All'Ufficio di Piano del Distretto di Tirano  
Via M. Quadrio 11  
23037 Tirano

## DOMANDA PER EROGAZIONE VOUCHER SOCIALE

Barrare le caselle che interessano e compilare la dichiarazione relativa in ogni sua parte laddove richiesto

II/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ residente nel Comune  
di \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono fisso \_\_\_\_\_ telefono cellulare \_\_\_\_\_  
indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

### CHIEDE

l'assegnazione di voucher per il/i Servizio/i di seguito elencati

<b>Servizio di Assistenza domiciliare</b> Nr. ore richieste _____	<input type="checkbox"/>	<b>Servizio assistenza domiciliare anziani S.A.D</b>
	<input type="checkbox"/>	<b>Servizio di assistenza domiciliare disabili S.A.D</b>
<b>Servizio educativo minori</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Servizio di assistenza domiciliare A.D.M</b>
	<input type="checkbox"/>	<b>Spazio neutro S.P.N</b>
<b>Servizio socializzanti -educative per prestazioni disabili</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Minore disabile</b>
	<input type="checkbox"/>	<b>Giovane disabile</b>
<b>Servizio di interpretariato e mediazione culturale</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Servizio di interpretariato</b>
	<input type="checkbox"/>	<b>Servizio di mediazione culturale</b>

per sé

Invalità Civile  SI  NO ..... %

Accompagnamento  SI  NO

Se minore

Indennità di frequenza  SI  NO

**Oppure in caso di impedimento alla sottoscrizione/dichiarazione della persona beneficiaria in qualità di**

- Amministratore di sostegno
- Curatore
- Tutore
- Familiare

del sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nat\_ il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_  
residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
telefono fisso \_\_\_\_\_ telefono cellulare \_\_\_\_\_  
indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

Invalidità Civile  SI  NO ..... %      Accompagnamento  SI  NO  
*Se minore*      Indennità di frequenza  SI  NO

**DICHIARA**

- di conoscere e accettare le modalità che regolano la fruizione del/i servizio/i richiesti;
- di essere in possesso della attestazione I.S.E.E., con valore pari ad €. \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso della attestazione I.S.E.E. corrente, con valore pari ad €. \_\_\_\_\_;
- di non essere in possesso della attestazione I.S.E.E. - A tale proposito, si impegna a presentarla entro **trenta giorni** dalla richiesta e a corrispondere la compartecipazione che sarà determinata sulla base del valore I.S.E.E.  
In caso di mancata presentazione entro i termini sopra indicati, dovrà essere corrisposta la compartecipazione massima prevista dall'ufficio di Piano in base ai suoi regolamenti.
- di impegnarsi a presentare l'Isee, a richiesta dell'UDP, per partecipare spese straordinarie inerenti l'intervento richiesto, come previsto dalle specifiche modalità di erogazione.

**SI IMPEGNA**

- a versare la quota a proprio carico, come previsto da regolamento in base al calcolo dell'ISEE.

**ALLEGA**

- attestazione I.S.E.E.

Fotocopia carta d'identità del soggetto sottoscrittore se la firma non è apposta davanti al funzionario incaricato

*In caso di attivazione per Servizio socializzanti -educative per prestazioni disabili*

fotocopia della certificazione sanitaria rilasciata dai competenti Servizi di Neuropsichiatria Infantile/ servizio specialistico competente attestante la diagnosi e la disabilità e della certificazione rilasciata dal collegio per l'accertamento della condizione di handicap o attestazione di handicap.

valutazione scritta del servizio specialistico accreditato per il trattamento della disabilità in età evolutiva, che individua la necessità di attivare a favore del disabile interventi prestazioni educative o socializzanti.

\_\_\_\_\_  
(firma)

Il sottoscritto dichiara altresì di essere a conoscenza che il Comune e/o l'Ufficio di Piano del Distretto di Tirano, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000 e art.11, comma 1, del D.P.R. 403/98, 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, il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti, fatte salve le responsabilità penali previste.

\_\_\_\_\_  
(Luogo)

\_\_\_\_\_  
(Data)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

#### **INFORMATIVA A TUTELA DELLA RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi dell'art. 13 del d. lgs. n. 196/2003 si porta a conoscenza dei richiedenti l'assegnazione del voucher che:

- 1) i dati personali dell'interessato contenuti nella Domanda saranno trattati per consentire l'espletamento della pratica amministrativa. I dati stessi verranno conservati negli archivi dell'Ufficio di Piano del Ambito di Tirano secondo le vigenti disposizioni in materia;
- 2) il conferimento dei dati è necessario ed in caso di rifiuto ne scaturirà l'impossibilità di espletare regolarmente la pratica con la conseguente esclusione dal beneficio;
- 3) il richiedente l'assegnazione del voucher ha diritto, ai sensi dell'art. 7 del d. lgs. n. 196/2003 di ottenere, a cura del titolare o del responsabile, senza ritardo, l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, qualora vi abbia interesse, l'integrazione dei dati;
- 4) il titolare del trattamento dei dati personali è l'Ufficio di Piano del Ambito di Tirano e che il responsabile del trattamento dei dati è il responsabile dell'Ufficio di Piano, domiciliato per la carica presso la Comunità Montana Valtellina di Tirano.

**DA COMPILARE IN CASO DI IMPEDIMENTO ALLA SOTTOSCRIZIONE**

La presente Dichiarazione è stata resa in mia presenza, ai sensi dell'art. 4 comma 1 del DPR 445/2000, dall'interessato

Signor/Signora.....

Della cui identità mi sono accertato mediante .....  
In presenza di un impedimento alla sottoscrizione.

DATA\_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA\_\_\_\_\_

**DA COMPILARE IN CASO DI IMPEDIMENTO ALLA DICHIARAZIONE**

La presente dichiarazione è stata resa da:

Cognome e Nome.....

In qualità di (*specificare se Tutore/Curatore o il grado di familiarità<sup>1</sup>*).....

Comune o Stato estero di nascita.....

Prov..... data di nascita.../.../..... Comune di Residenza.....

Prov..... CAP..... Indirizzo completo.....

Numero telefonico.....

DATA.....

FIRMA.....

*ALLEGA:*

- Certificazione sanitaria attestante la condizione di impedimento temporaneo per ragioni connesse allo stato di salute. (Da allegare in caso di impedimento temporaneo ex art. 4 comma 2 DPR 445/2000)*
- Copia sentenza del Tribunale di nomina del tutore del soggetto fragile*
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_*

<sup>3</sup> *I parenti entro il terzo grado sono: i figli, i nipoti rispetto ai nonni, i fratelli, i pronipoti rispetto ai bisnonni, i nipoti rispetto agli zii; gli affini entro il secondo grado sono: i generi e le nuore, i figliastri, i cognati (con l'avvertenza che i coniugi dei fratelli non sono affini tra di loro.*