

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

“Voucher Assistenza”

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____ via _____

Recapito telefonico: _____

Chiede l'ammissione al “voucher assistenza”

se stesso

per il sig./la sig.ra _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____ via _____

Recapito telefonico: _____

DICHIARA

- che i redditi¹ di cui fruiscono il destinatario e i componenti del nucleo familiare al quale appartiene, sono quelli indicati nella dichiarazione I.S.E.E allegata;
- che il destinatario è residente a Recanati dal _____;
- che lo stesso ha il riconoscimento dell'invalidità civile al _____ %
- *percepisce /non percepisce* indennità di accompagnamento;
- non è inserito in struttura residenziale o semi-residenziale;
- che _____ non è beneficiario di:

¹ Per reddito si intende quello annuo imponibile che risulta dal Mod. Unico o Mod. 730 o C.U. integrato dei dati finanziari richiesti per la compilazione dell'I.S.E.E..

- Assegno di cura;
- Servizio Assistenza Domiciliare del Comune di Recanati;
- Home Care Premium;
- “Vita Indipendente”;
- Contributo previsto per la SLA;
- “Disabilità Gravissima”;
- Altri contributi previsti per la presente finalità;

Allegati da inserire alla domanda:

- documenti identità del beneficiario e del richiedente;
- attestazione I.S.E.E. Ordinario o Dichiarazione Sostitutiva Unica del nucleo familiare del beneficiario, in corso di validità;
- copia della valutazione della condizione di non autosufficienza redatta da apposita Unità Valutativa Distrettuale (UVD) finalizzata all'immissione in lista d'attesa per il ricovero in struttura protetta (residenziale o semi residenziale), o equipollente valutazione che attesti la compatibilità della condizione sanitaria con il ricovero in suddette strutture;
- idonea certificazione medica, comprovante lo stato di limitata autonomia:
 - verbale di accertamento della condizione di invalidità civile, di cecità e sordità con riconoscimento del diritto all'indennità di accompagnamento (L. 508/ 88, art. 1, comma 2, lettera b);
 - verbale di riconoscimento dell'handicap ai sensi della L.104/92;
 - certificati di medici specialisti attestanti le patologie invalidanti;
- regolare contratto di assunzione di un assistente familiare o altra figura assistenziale o socio-sanitaria qualificata all'assistenza della persona, sulla base delle esigenze prevalenti del caso specifico.

Recanati, li _____

Ai sensi della normativa sulla privacy (Regolamento UE 2016/679), D.lgs. 196/2003 e s. m. e i., e ai sensi del Regolamento Comunale relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali approvato con D.C.C. n. 54 del 22.12.2018), autorizza il trattamento dei dati personali forniti nell'ambito del presente procedimento.

FIRMA
