Spett. Le

**Comune di Spoltore**

**Via G. Di Marzio, 66**

**65010 Spoltore (PE)**

**DOMANDA PER L’OTTENIMENTO DI VOUCHER DI SERVIZI NELL’AMBITO DEL PROGETTO "COMUNI-CARE" CUP C61H18000080006**

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nata/o a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_ tel./ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

nell’ambito del Progetto “COMUNI-CARE” **CUP C61H18000080006**, di poter beneficiare dei voucher per il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale non integrata, e altre tipologie di servizi, per anziani, persone disabili non autosufficienti e minori.

A tal fine consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atto o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall’art. 76 DPR n. 445/2000, l’Amministrazione Comunale provvederà alla revoca dei benefici eventualmente concessi sulla base della dichiarazione resa, ai sensi degli articoli 46 e 47 DPR n. 445/2000,

**DICHIARA**

**(Barrare le caselle che interessano)**

di essere in possesso dei seguenti requisiti:

 essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ appartenente all’Ambito Distrettuale Sociale N. 16 Metropolitano;

 essere inoccupata/o – disoccupata/o;

 avere reddito ISEE pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 avere un nucleo familiare, la cui composizione e situazione è indicata nella tabella che segue:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nominativo** | **Data nascita** | **Grado parentele** | **Invalidità %** | **Autosufficiente (Si o No)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 avere n° \_\_\_\_\_ figli minori a carico: (indicare età di ognuno) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

 che l’anziano e/o disabile, non autosufficiente, per il quale vorrebbe usufruire del servizio, non gode già di voucher per servizi analoghi a quello di cui al presente avviso;

Stato civile:  coniugata -  nubile / separata

Status occupazionale del coniuge:  occupato -  non occupato

**Prestazione richiesta:**

 servizi di caregiver con personale qualificato (ad es. operatore socio-sanitario, assistente familiare, operatore per l’assistenza di base, etc.…);

 servizi di supporto psico/socio/educativo da parte di personale qualificato;

 servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) di tipo sociale in termini di ore (sono escluse attività di tipo sanitario), centri diurni, centri di accoglienza e similari;

 servizi di assistenza scolastica per studenti con disabilità (ad es. assistente educativo);

 rette e servizi a pagamento per attività extrascolastiche e doposcuola, centri ludico ricreativi, centri estivi.;

 azioni per l’inclusione abitativa di nuclei familiari in situazione di povertà per l’accompagnamento progressivo all’autonomia alloggiativa;

 Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allega alla presente:**

* Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità della richiedente;
* Certificazione dello stato di disoccupazione/inoccupazione rilasciata dal competente Centro per l’Impiego;
* Attestazione ISEE in corso di validità del nucleo familiare del care giver;
* Copia del verbale della Commissione Invalidi Civili;
* Copia accertamento stato di handicap (L. 104/92);
* Stato di famiglia;
* Permesso di soggiorno

**La/il sottoscritta/o, infine, dichiara quanto segue:**

 di avere preso visione dell’Avviso per l’ottenimento di voucher di servizi nell’ambito del Progetto “Comuni-Care”;

 di impegnarsi a comunicare al Comune di Spoltore – entro e non oltre 15 giorni dalla data in cui ne sarò venuta a conoscenza- ogni variazione relativa alle condizioni personali, reddituali e familiari dichiarate all'atto della domanda, nonché ogni altro evento suscettibile di modificare la condizione del beneficiario;

 di essere a conoscenza che la documentazione presentata a corredo dell’istanza verrà sottoposta ai controlli previsti dalle leggi vigenti al fine di verificare la veridicità delle informazioni fornite e che, qualora si riscontrasse una situazione difforme rispetto alle dichiarazioni da me sottoscritte è prevista la segnalazione all'Autorità Giudiziaria;

**INFORMATIVA AI SENSI DELL’ART. 13 DEL REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI**

Il Trattamento dei dati personali degli utenti verrà effettuato, in conformità con il Regolamento generale sulla protezione dei dati personali e con la coerente normativa nazionale vigente del Comune di Spoltore; esso verrà effettuato esclusivamente per le finalità previste dalla normativa vigente in materia di servizi comunali alla persona e socio-educativi, con particolare riferimento all’organizzazione del Progetto COMUNI-CARE.

Il conferimento dei dati è obbligatorio per accedere al servizio e l’eventuale rifiuto al trattamento comporterà il venir meno della possibilità di beneficiarne. In ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento e del Responsabile esterno indicato, contattando rispettivamente il Responsabile della Protezione dati del Comune, all'indirizzo email rpd@comune.spoltore.pe.it Prima di sottoscrivere il presente modulo voglia prendere visione dell'informativa completa sul trattamento che, per quanto concerne il titolare è reperibile sul sito web del Comune di Spoltore, all'indirizzo www.comune.spoltore.pe.it ;

In relazione a quanto sopra il sottoscritto dichiara di aver preso visione e conoscenza delle richiamate informative relative al trattamento dei dati personali.

**Luogo e data**

 FIRMA