



Amministrazione destinataria

Comune di Finale Ligure

Ufficio destinatario

Domanda di accesso al contributo di solidarietà per la disabilità

Contributo di solidarietà per la disabilità DGR n. 845/2014

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale				
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza								
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		

Soggetto interessato

- riferito a se stesso
- riferito alla persona di seguito specificata

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

In qualità di

- rappresentante legale del richiedente
Specificare
- persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere
Specificare grado parentela
- genitore di disabile adulto

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- 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 invalidità

- è invalido al 100% con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento
- 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
- 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
- è in possesso della copia dell' istanza di aggravamento all'INPS al momento della domanda di contributo

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- documentazione relativa alla condizione di invalidità di cui ad uno dei punti precedenti
- copia dell'attestazione ISEE
- copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Finale Ligure

Luogo

Data

il dichiarante