

Assessorato sanità, salute e politiche sociali

Servizio disabili

Ufficio disabili

Loc. Grande Charrière, 40

11020 Saint-Christophe AO

Tel. n. 0165/527112 – 7013

Fax n. 0165/527100

OGGETTO: Domanda, ai sensi della legge regionale 27 maggio 1998, n. 44 – art. 19 bis, per l'erogazione di un contributo annuale per servizi a favore di soggetti portatori di grave handicap sensoriale.

(Ai sensi della L.R. 6/8/2007 n° 19 art. 30 e del D.P.R. 28/12/2000 n° 445 artt. 46 e 47)

Il/La sottoscritt _____

nato/ a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

tel. n° _____ codice fiscale _____

in qualità di:

legale rappresentante del Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

tel. n. _____ codice fiscale _____

relazione di parentela (ove esistente) _____

CHIEDE

che gli venga concesso il voucher annuale per servizi a favore di soggetti portatori di grave handicap sensoriale, ai sensi della Legge Regionale 27 maggio 1998, n. 44, art. 19 bis, relativamente alla somma di:

Euro _____ somma che si rende necessaria per le spese di:

DICHIARA

che qualora si verificano variazioni anagrafiche e/economiche che comportino una variazione dell'IRSEE, l'interessato o il firmatario della presente istanza è tenuto a darne comunicazione all'ufficio competente.

Dichiara, infine, di essere a conoscenza delle conseguenze penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, tenuto conto che l'Amministrazione regionale potrà, ai sensi dell'art. 33 della L.R. 6/8/2007, n. 19, procedere ad idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rilasciate.

DICHIARA

che il/la signor/a _____ ha percepito nell'anno 2008:

- una rendita INAIL

pari a Euro _____

- provvidenze ai sensi della L.R. 11/99 (indicare la tipologia: assegno di accompagnamento, pensione di invalidità civile o sordomuti, assegni alimentari, assegno di frequenza, ecc.)

pari a Euro _____

- pensioni a qualsiasi titolo (non assoggettate ad IRPEF)

pari a Euro _____

- redditi prodotti all'estero non compresi nell'I.S.E.E.

pari a Euro _____

Note informative:

D.P.R. 445/2000 – Art. 76 – commi 1 e 2 –

“Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia;

L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso”.

D.P.R. 445/2000 – Art. 38 – comma 3 –

“Le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi dell'amministrazione pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici servizi sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. La copia fotostatica del documento è inserita nel fascicolo. Le istanze e la copia fotostatica del documento di identità possono essere inviate per via telematicaOmissis”

Allega alla presente la seguente documentazione:

- copia del verbale di visita medica attestante l'invalidità civile rilasciatoo dalla Commissione per l'accertamento dell'invalidità civile per soggetto portatore di grave handicap sensoriale;
- estratto del verbale di visita medica attestante la situazione di gravità della persona handicappata rilasciatoo dalla Commissione per l'accertamento dell'handicap ai sensi della Legge 104/1992 o, per i casi previsti dal comma 3 dell'articolo 94 della legge n. 289 del 27 dicembre 2002, dalla dichiarazione di situazione di gravità rilasciata dal medico di base dell'utente, ovvero la certificazione contenuta nella scheda di valutazione medico-legale dell'handicap redatta dalla Commissione per l'accertamento dell'handicap ai sensi della legge 104/1992 relativamente alla sussistenza di grave deficit sensoriale stabilizzato;
- copia dell'atto di iscrizione presso istituzione scolastica/educativa/formativa, specifica per la tipologia di handicap posseduto, anche al di fuori del territorio regionale;
- documentazione idonea attestante le spese sostenute in dipendenza della presentazione della

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

VALORE SCALA DI EQUIVALENZA _____

ISEE

€ _____

VALORE CASA DI ABITAZIONE

€ _____

IRSE

€ _____

SCALA DI EQUIVALENZA _____

AGGIUNTIVE REGIONALI:

- altre rendite (INAIL),
- altre provvidenze ai sensi della l.r. 11/99 (Assegno di accompagnamento, pensione di invalidità civile o sordomuti, assegno di frequenza, ecc.) _____
- Pensioni non assoggettate ad IRPEF
- Redditi prodotti all'estero

€ _____

IRSE + AGG.REG.LI

€ _____

PARAMETRO REDDITUALE _____

INTERVENTO:

CONTRIBUTO PARI A

(_____ % dell'importo complessivo)

€ _____

NOTA:

DOMANDA NON ACCOLTA PER:

Data _____

Firma _____