

ALL'ASSESSORATO SANITA'
SALUTE E POLITICHE SOCIALI
SERVIZIO FAMIGLIA E POLITICHE
GIOVANILI
VIA DE TILLIER, N. 30
11100 AOSTA AO

DOMANDA al fine di ottenere la concessione ai sensi dell'art. 1 - lettera b) della l.r. 03.05.1993, n. 22, di un contributo economico nelle spese per interventi assistenziali domiciliari alternativi all'istituzionalizzazione a favore del sig.:

(COGNOME)..... (NOME)
(LUOGO DI NASCITA) (PROVINCIA)
(DATA DI NASCITA)
(RESIDENTE IN VIA, FRAZ.) (COMUNE DI RESIDENZA).....
(DOMICILIO, SE DIVERSO DALLA RESIDENZA, VIA, FRAZ. COMUNE).....
(CODICE FISCALE)..... (N. DI TELEFONO)
presentata da ☐ se stesso ☐ familiare ☐ curatore (allegare atto di nomina del tribunale)
☐ amministratore di sostegno (allegare atto di nomina del tribunale) ☐ tutore (allegare atto di nomina del tribunale)

(COGNOME)..... (NOME).....
(LUOGO DI NASCITA)..... (PROVINCIA)
(DATA DI NASCITA)(RESIDENTE IN VIA, FRAZ.)
(COMUNE DI RESIDENZA).....
(DOMICILIO, SE DIVERSO DALLA RESIDENZA, VIA, FRAZ. COMUNE)
(CODICE FISCALE)..... (N. DI TELEFONO)

DICHIARA

(ai sensi della L.R. 2/7/1999 n. 18 art. 35 e del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 artt. 46 e 47)

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o comunque non rispondente al vero, ai sensi dell'art. 45 della l.r. 2/7/1999, n. 18 e dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445

- ☐ per se stesso ☐ per conto del beneficiario del progetto:
- ☐ di essere residente in un Comune della Valle d'Aosta da almeno due anni
- ☐ di essere residente in un Comune della Valle d'Aosta da meno di due anni, ma di esserlo stato in passato in modo continuativo per un periodo non inferiore a cinque anni nel/i Comune/i di

- ☐ di percepire dal
☐ di aver presentato in data domanda volta ad ottenere la concessione del beneficio relativo a :

- | | |
|---|---------------|
| ☐ rendita INAIL | € annui |
| ☐ assegno di accompagnamento | € annui |
| ☐ pensione di invalidità | € annui |
| ☐ accompagnamento per ciechi | € annui |
| ☐ indennità di comunicazione (per sordomuti) | € annui |

- | | |
|--|---------------|
| ☐ speciale Indennità per non vedenti | € annui |
| ☐ assegno di frequenza | € annui |
| ☐ assegno di assistenza | € annui |
| ☐ pensione sociale (PS) | € annui |
| ☐ pensione di guerra | € annui |
| ☐ qualsiasi altra rendita (specificare importo e tipologia) | €. annui |
| | |

☐ che il proprio nucleo anagrafico contribuisce al pagamento della retta per l'inserimento del/la Sig./Sig.ra presso (precisare il nome della struttura ospitante e l'ubicazione) per un importo mensile pari ad € in qualità di (precisare il vincolo familiare)

Che qualora si siano verificate o si verifichino in futuro sostanziali variazioni anagrafiche e/o economiche che comportino un aumento dell'IRSEE, l'interessato o il firmatario della presente istanza è tenuto a darne comunicazione, entro 30 giorni, all'ufficio Sviluppo Servizio Sociale e Assistenza.

Allega:

- ☐ Dichiarazione sostitutiva unica (DSU) del nucleo anagrafico di appartenenza del beneficiario del progetto di assistenza
- ☐ Preventivo di spesa
- ☐ Copia della lettera di assunzione dell'assistente o copia del contratto sottoscritto con l'agenzia intermediaria o con altro soggetto che fornisce il servizio
- ☐ Copia del permesso di soggiorno o della richiesta presentata per ottenerlo alla Questura competente, se il personale assunto è cittadino extracomunitario o Copia del certificato attestante la dimora abituale previsto dal Decreto legislativo n. 30 del 06/02/2007, se il personale assunto è cittadino dell'Unione Europea;
- ☐ Certificazione medica attestante la non autosufficienza

Il Servizio socio sanitario competente per territorio allega:

Progetto per l'intervento di assistenza domiciliare

Per le persone anziane: il parere dell'Unità di Valutazione Geriatrica competente per il territorio attestante la non autosufficienza o l'indicazione della data (____/____/____) nella quale la commissione valuterà il caso.

N.B. L'assistenza domiciliare deve essere attivata entro 60 giorni dalla data di comunicazione della concessione delle provvidenze economiche, trascorso tale periodo, la concessione viene revocata.

MODALITA' DI LIQUIDAZIONE DEL CONTRIBUTO

☐ accredito su Conto corrente del beneficiario dell'intervento economico Codice IBAN (27 caratteri complessivi, nell'ordine: IT, 2 caratteri numerici, CIN, ABI, CAB, 12 n. di c/c):

[illegible]

liquidazione in contanti:

- direttamente a sé stesso

☐ con delega a favore del/la Sig./Sig.ra (COGNOME E NOME)

(DATA DI NASCITA)(LUOGO DI NASCITA, COMUNE E

PROVINCIA)

(RESIDENZA).....

Luogo e data Firma
(autenticata in caso di delega)

AUTENTICAZIONE DELLA FIRMA

Ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, si attesta che

il/la Sig./Sig.ra _____

identificato mediante _____ ha qui sopra apposto la Sua firma in presenza dell'autenticante, previa ammonizione del predetto sulle sanzioni penali, ai sensi dell'art. 39 della legge regionale 06.08.2007, n. 19 e dell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, a carico di chi dichiara il falso o esibisce atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità

Luogo e data _____ **Il funzionario incaricato** _____

INVIO DELLA CORRISPONDENZA

La corrispondenza deve essere inviata a: (COGNOME E NOME)

(RESIDENTE IN VIA, FRAZ., N. CIVICO) (COMUNE)

DATA

FIRMA

.....

N.B.: qualora la firma sia stata apposta da terza persona poiché l'interessato è per ragioni di salute impossibilitato a firmare, l'identità del dichiarante deve essere accertata dal funzionario incaricato ad accogliere la presente istanza come di seguito indicato:

AUTENTICAZIONE DELLA FIRMA

Ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, si attesta che

il/la Sig./Sig.ra _____

identificato mediante _____ ha qui sopra apposto la Sua firma in presenza dell'autenticante, previa ammonizione del predetto sulle sanzioni penali, ai sensi dell'art. 39 della legge regionale 06.08.2007, n. 19 e dell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, a carico di chi dichiara il falso o esibisce atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità

Luogo e data _____ **Il funzionario incaricato** _____

INFORMATIVA

...I... sottoscritto/a
dichiara di essere informato/a ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali e sensibili saranno trattati con modalità sia manuali sia informatiche e che verranno comunicati esclusivamente alle strutture interessate nel procedimento.

Luogo e data Firma

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.

- Art. 38 - comma 3 -

Le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica o 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 telematica omissis

Ai sensi dell'art. 38 della l.r. 18/1999 e dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000 l'Amministrazione può effettuare controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sottoscritte.

N. B. E' possibile visionare le deliberazioni di applicazione della l.r. 22 del 03 maggio 1993 concernente “Provvidenze a favore di persone anziane e handicappate, alcooldipendenti, tossicodipendenti, infette da HIV e affette da AIDS”, sul sito

www.regione.vda.it/Amministrazione/Servizi sociali/Contributi finanziari Assistenza economica/FAMIGLIA /l.r.22/1993/ Contributi per interventi alternativi all'istituzionalizzazione