

**AL SIG. SINDACO DEL  
COMUNE DI DOLO**

**INTERVENTI ECONOMICI TEMPORANEI O STRAORDINARI  
DI SUPPORTO ALLE FAMIGLIE CHE ASSISTONO  
A CASA PERSONE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA  
(Piano di Zona dei Servizi alla Persona 2007-2009 e Piano Locale della Domiciliarità Area Anziani)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ nel Comune o Stato estero di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, n. telefono \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

l'accesso al beneficio economico temporanei o straordinari di supporto alle famiglie che assistono a casa persone in condizione di non autosufficienza

A tal fine, ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, sotto la propria responsabilità e nella consapevolezza delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace,

**DICHIARA**

**Dati anagrafici della persona con disabilità o non autosufficiente**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

➤ **Risulta in possesso di:**

- Invalidità civile (verbale del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_);
- Indennità di accompagnamento;
- Certificazione L. 104/92 art. 3 c. 1- stato di handicap;
- Certificazione L. 104/92 art. 3 c. 3 - stato di handicap grave;
- Altro \_\_\_\_\_

➤ **Usufruisce di:**

- Assegno di cura;
- Progetto Vita indipendente;
- L.162/98

- altri contributi, specificare \_\_\_\_\_ ;
- altri servizi del Comune e/o dell'Azienda ULSS:
  - Assistenza domiciliare
  - Assistenza domiciliare integrata
  - assistenza infermieristica
  - frequenza ai centri diurni;
  - SISS;
  - SIL;
  - Altro, specificare ( \_\_\_\_\_ )
- Dichiaro che l'ISEE, riferito al nucleo familiare della persona assistita, disabile o non autosufficiente nell'anno \_\_\_\_\_ è di € \_\_\_\_\_
- Si impegna a comunicare tempestivamente all'Assistente Sociale referente per il Comune di residenza, ogni variazione relativa allo stato personale ed economico del familiare (modificazione del reddito, cambio di residenza, decesso); resta disponibile a ulteriori accertamenti ed integrazioni documentali.
- Si impegna a garantire le risorse umane necessarie ad assicurare l'assistenza a favore del proprio familiare al suo domicilio, secondo il progetto personalizzato concordato.
- Qualora il contributo venga assegnato, si chiede che lo stesso venga erogato:
  - al richiedente
  - al beneficiario
  - alla persona di cui si riportano i dati:
    - Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_
    - Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_
    - Residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_
    - via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_
- Il contributo potrà essere liquidato con la seguente modalità:
  - tramite assegno bancario
  - Mandato di pagamento presso \_\_\_\_\_
  - accredito su conto corrente:
    - Intestato a \_\_\_\_\_
    - Banca/Istituto \_\_\_\_\_
    - C/C Bancario n. \_\_\_\_\_
    - Coordinate: ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_ CIN \_\_\_\_\_

Allega copia del documento di identità (del dichiarante).

Data \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_  
**(firma leggibile)**