Modulo A

Al Responsabile dell'Ufficio di Piano
dell'Ambito Territoriale Sociale di CASARANO

DOMANDA di AMMISSIONE al CONTRIBUTO per inserimento di soggetti maggiorenni, in età compresa tra i 18 e i 64 anni, con disabilità intellettiva o psichica o con patologia psichiatrica stabilizzata presso CASA-FAMIGLIA (art. 60 bis Regol.Reg. 4/2007)

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome e nome in stampatello)

Nato/a a _____ (_____) il _____/_____/_____ residente nel

Comune di _____ alla Via _____ N.____

Domiciliato/a nel Comune di _____ alla Via _____ N.____

Tel. (casa) _____ (Cell.) _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

Di beneficiare del contributo integrativo al pagamento della retta di inserimento di *soggetti maggiorenni, in età compresa tra i 18 e i 64 anni, con disabilità intellettiva o psichica o con patologia psichiatrica stabilizzata* presso la **CASA-FAMIGLIA** _____
(nome struttura)

☐ Per sé stesso

☐ In qualità di _____ del sig./sig.ra _____
(specificare parentela) *(cognome e nome in stampatello)*

Nato/a a _____ (_____) il _____/_____/_____

residente nel Comune di _____ alla Via _____ N._____

Domiciliato/a nel Comune di _____ alla Via _____ N.____

Tel. (casa) _____ (Cell.) _____

Codice Fiscale _____

A tal fine, *consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445*,

DICHIARA

Che la persona per la quale si richiede l'inserimento ***(crociare una delle seguenti opzioni)***:

- ha _____ anni
- è in possesso di invalidità civile e riconosciuto in situazione di disabilità di cui alla Legge 104/92;
- versa nelle seguenti situazioni di bisogno:

  ☐ privo di un'adeguata assistenza familiare;

☐ in una situazione temporanea di emergenza sociale;

☐ è persona per la quale la permanenza nel nucleo familiare sia valutata temporaneamente o definitivamente impossibile o contrastante con il progetto individuale;

- ☐ha un valore ISEE del nucleo familiare in corso di vigenza, rilasciato da soggetto abilitato, di EURO _____

- ha conseguito, nel corso dell'anno 2015, i seguenti redditi ad ogni titolo percepiti:

redditi non esenti ai fini IRPEF	Euro _____
redditi esenti ai fini IRPEF	Euro _____
TOTALE redditi percepiti ad ogni titolo	Euro _____

- Che la persona per la quale si chiede l'inserimento:
  - ☐ vive da sola
  - ☐ non vive da sola

- Che la famiglia è così composta:

Presenza di entrambi i genitori	SI ☐ NO ☐
totale componenti (compreso il destinatario del servizio)	N._____
persone ultrasessantaquattrenni	N._____
persone diversamente abili e/o in condizione di grave malattia certificata presenti nel nucleo	N._____
minori con età da 0 a 6 anni	N._____

A tal fine, DICHIARA

che il nucleo familiare della persona per la quale si richiede l'inserimento di *soggetti maggiorenni, in età compresa tra i 18 e i 64 anni, con disabilità intellettiva o psichica o con patologia psichiatrica stabilizzata* presso la **CASA-FAMIGLIA** è così composto:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

AUTORIZZA

L'Ambito Territoriale Sociale di Casarano al trattamento dei dati rilasciati per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio in parola, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

Luogo e data, _____ Firma

_____