

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEI TITOLI SOCIALI
- VOUCHER SOCIALE -**

Il/La sottoscritto/a (cognome) (nome),
nato/a a prov. il.....,
residente aVia/P.zza n.,
Indicare sempre uno o più numeri di telefono specificando a chi corrispondono (familiare, persona di riferimento): Tel/..... Tel/.....

CHIEDE

Di essere inserito/a nella graduatoria (anno) per l'assegnazione del Voucher Sociale.
A tal fine, consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell'articolo 76 del decreto del Presidente della repubblica 28 dicembre 2000, n° 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità.

DICHIARA

- di non beneficiare del buono sociale
- di essere stato riconosciuto/a invalido/a civile con grado di invalidità 100% (come da verbale numero in data rilasciato dalla commissione sanitaria per accertamento degli stati di invalidità dell'A.S.L. di);
- di essere stato riconosciuto/a invalido/a con diritto all'indennità di accompagnamento (come da verbale numero in data rilasciato dalla commissione sanitaria per accertamento degli stati di invalidità dell'A.S.L. di);
- di avere presentato la domanda per il riconoscimento di invalidità civile e/o accompagnamento in data presso la A.S.L. di
- che il nucleo familiare di convivenza risulta così composto:

Cognome e nome	Grado di parentela/altro	Data di nascita	Invalidità civile/indennità di accomp. (indicare in caso di avvenuto riconoscimento)

- che i parenti tenuti agli alimenti (art. 433 C.C.), non conviventi sono:

Cognome e nome	Grado di parentela/altro	Data di nascita	Residenza	Professione

- di usufruire dei seguenti servizi domiciliari o di averli richiesti (compilare solo in caso affermativo):

Tipologia servizio	Indicare da quando è in corso	Indicare da quanto tempo è stato richiesto
S.A.D. (Servizio di assistenza domiciliare - Comunale)		
VOUCHER socio - sanitario - A.S.L.		

- che il Voucher sociale verrà utilizzato per l'acquisto di:
 - ◆ Prestazioni di sostegno alla persona e governo della casa svolte da personale qualificato (ASA o OSS) o da personale di pulizia quali:
 - Aiuto per la cura della persona: igiene personale, compagnia, mobilitazione, ecc.
 - Aiuto per il governo della casa: pulizia dell'abitazione (massimo due ore settimanali), preparazione dei pasti, spesa, ecc.
 - Aiuto per favorire la socializzazione attraverso il mantenimento ed il rafforzamento delle relazioni familiari e sociali
 - Disbrigo pratiche e collegamento con altri servizi
 - ◆ Prestazioni di tipo complementare svolte, a secondo delle tipologie, da figure professionali specifiche:
 - Servizio di lavanderia e stiratura al domicilio
 - Servizio pasti al domicilio
 - Servizio di pedicure, barbiere o parrucchiere
 - Pulizia straordinaria dell'ambiente domestico da effettuarsi anche con l'uso di macchinari in caso di grave compromissione delle condizioni igieniche - sanitarie
 - Piccoli interventi di manutenzione ordinaria dell'ambiente domestico
 - Servizio di trasporto presso strutture sanitarie, socio-educative, socio - assistenziali e riabilitative.

Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 30 giugno 2003, n.196

Ai sensi dell'art. 13 del citato decreto legislativo n. 196/03, in relazione alle informazioni personali che Lei potrà comunicarci e che questo Ente intende trattare in modo anonimo, La informiamo di quanto segue:

- il trattamento dei dati richiesti è diretto esclusivamente all'istruttoria dell'istanza
- il trattamento può essere effettuato con mezzi automatizzati e non
- le informazioni richieste con la presente modulistica sono necessarie all'evasione della pratica
- nella sua qualità di interessato Lei gode dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 196/03.

Data

Firma

Si allega:

- dichiarazione sostitutiva unica con attestazione ISEE relativa ai redditi dell'anno precedente
- copia verbale di invalidità
- in assenza di verbale attestante l'invalidità: copia della domanda di invalidità inoltrata integrata da idonea documentazione medica attestante la gravità del caso e l'urgenza;
- copia di un documento di identità (carta d'identità o libretto di pensione)
- in caso di impossibilità alla firma certificato del medico curante comprovante l'impossibilità di sottoscrivere