

Spett.le

PROVINCIA DI REGGIO CALABRIA

*Settore 9 – Programmazione e
Coordinamento delle Politiche
Comunitarie, Politiche Sociali, Politiche
Giovanili, Volontariato*

Piazza Italia - 89100 Reggio Calabria

DOMANDA DI CONTRIBUTI ASSISTENZIALI ANNO 2015

(ai sensi del regolamento per la erogazione di interventi assistenziali a favore dei minorati della vista e dell'udito)

Il/La sottoscritto/a

Cognome		Nome					
Comune di nascita		Prov	Data di nascita	Codice Fiscale			
Telefono	Cellulare		E-mail				

Residente in

Via	Cap	Città	Prov.
-----	-----	-------	-------

nella qualità di

<input type="checkbox"/> titolare del diritto (se maggiorenne e capace di agire)	<input type="checkbox"/> esercente la potestà genitoriale	<input type="checkbox"/> tutore
---	---	---------------------------------

CHIEDE

di poter beneficiare di un contributo assistenziale in favore dei soggetti

audiolesi videolesi

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI RICHIAMATE DALL'ART. 76 DEL D.P.R. 28/12/00 N. 445 IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI E DELLA DECADENZA DEI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE, DI CUI ALL'ART. 75 DEL D.P.R. DEL 28/12/00 N. 445, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART. 47 DEL CITATO D.P.R. 445/2000, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

DICHIARA:

➤ che il soggetto audioleso/videoleso in favore del quale viene chiesto l'intervento è:

<i>Cognome</i>		<i>Nome</i>	
<i>Comune di nascita</i>	<i>Prov.</i>	<i>Data di nascita</i>	<i>Codice Fiscale</i>
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>
<i>Telefono</i>	<i>Cellulare</i>	<i>E-mail</i>	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	

➤ Residente in:

<i>Via</i>	<i>Cap</i>	<i>Città</i>	<i>Prov.</i>
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>

➤ Di voler usufruire del sotto indicato intervento (*barrare solo una casella*):

- Concessione di sussidio economico per attività domiciliari a carattere educativo e/o socio-assistenziale per l'anno 2015;
- Assunzione di oneri relativi all'ammissione in istituti o strutture specializzate nella riabilitazione e nel recupero dei minorati sensoriali della vista e dell'udito (*indicare nel riquadro sottostante i dati dell'istituto*) per l'anno 2015;

<i>Nome Istituto</i>			
<i>Via</i>	<i>Cap</i>	<i>Città</i>	<i>Prov.</i>
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>
<i>Telefono</i>	<i>Fax</i>	<i>E-mail</i>	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	
<i>Anno scolastico</i> 2013/2014	<i>Classe</i>	<i>In regime di</i>	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<input type="checkbox"/> convitto <input type="checkbox"/> semiconvitto	

- che il valore ISEE, relativo all'anno 2013, del proprio nucleo familiare è pari a EURO _____;
- di NON aver richiesto né usufruito del medesimo intervento assistenziale erogato da altra Provincia e/o Ente Pubblico per l'anno 2015;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni che riguardano la situazione familiare, economica, patrimoniale e dell'assistenza del minorato sensoriale o del nucleo familiare in cui è inserito, qualora dovessero intervenire modifiche;
- di impegnarsi a far pervenire la certificazione relativa al ricovero ed alla permanenza dell'assistito presso _____;

l'istituto indicato;

- di essere informato che la Provincia ha facoltà di richiedere agli uffici competenti la produzione di certificazioni e/o attestazioni, al fine di verificare la veridicità delle dichiarazioni rese;
- di essere a conoscenza che saranno valutate solamente le domande compilate sul modello denominato Allegato "A", all'uopo predisposto dalla Provincia, corredate dalla documentazione richiesta;
- di essere consapevole che i dati forniti formeranno oggetto di trattamento ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

A tal fine allega:

- Certificazione di invalidità rilasciata dalla ASP competente attestante lo stato di cecità o sordità di cui al secondo comma dell'art. 2 del Regolamento per l'erogazione di interventi assistenziali in favore dei minorati della vista e dell'udito;
- Certificazione cumulativa, rilasciata in data non anteriore a sei mesi, relativa alla nascita, allo stato di famiglia ed alla residenza del soggetto a favore del quale viene richiesto l'intervento assistenziale;
- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità dell'assistito (se minorenne copia del documento di riconoscimento in corso di validità dell'esercente la potestà genitoriale);
- Copia del permesso di soggiorno e/o carta di soggiorno in corso di validità dell'assistito, qualora si tratti di persona straniera;
- Copia del provvedimento di nomina del tutore;
- Codice fiscale del soggetto quietanzante, qualora si tratti di interventi rientranti nella tipologia di cui alla lettera b) dell'art. 3; nonché codice fiscale dell'assistito o dell'esercente la potestà genitoriale;
- Attestazione ISEE del nucleo familiare relativa all'anno 2013 rilasciato da un Centro di Assistenza Fiscale autorizzato (CAF - INPS - Comune di residenza);
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione delle provvidenze economiche (pensioni, indennità, assegni,...) percepite dal soggetto minorato sensoriale a titolo assistenziale;
- Preventivo di spesa, datato 2014 e valevole per i servizi da effettuarsi nell'anno 2015, sottoscritto dal soggetto erogatore del servizio, relativo all'intervento assistenziale richiesto.

In Fede

Luogo e Data

Firma (*leggibile*)