



AMBITO TERRITORIALE S01_2
Comune Capofila Scafati

MODELLO DI DOMANDA

Al Responsabile

dell'Ambito S01_2

via Leonardo da Vinci SNC

Angri

Il sottoscritto

Nome cognome _____ Genere F/M

Codice Fiscale _____ Luogo e data di nascita _____

Residenza _____ via _____ CAP _____

Città _____ PR _____ Recapiti (cellulare/ fisso) _____

Mail o PEC _____

Genitore/tutore del minore/ amministratore di sostegno

Nome cognome _____

Codice Fiscale _____

CONSAPEVOLE

che l'erogazione del bonus è rivolto a persone con disabilità accertata ai sensi della normativa di riferimento (l. 104/92) anche non grave, con priorità ai minorenni con disabilità (anche autistica) in età scolare

CHIEDE

la corresponsione del bonus riconosciuto nell'ambito delle misure previste dal "Piano per l'emergenza socio-economica della Regione Campania"

sul seguente codice IBAN (se titolari di conto corrente) _____

sul conto corrente intestato a:

Nome e Cognome _____ Codice Fiscale _____

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, e ss.mm.ii. nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con il provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art. 75 del medesimo D.P.R.

DICHIARA



- di essere in possesso di certificazione di disabilità accertata ai sensi della normativa di riferimento (L. 104/92);
- di essere genitore di un minore con disabilità (anche autistica) in età scolare certificata da struttura pubblica;
- di essere in possesso di certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92;
- di essere in possesso di attestazione ISEE socio-sanitario pari a _____;
- di non percepire alcun ulteriore trattamento in ragione della condizione di disabilità;
- di essere unico componente del nucleo familiare e di essere privo di sostegno familiare, sociale e relazionale;
- di non essere beneficiario di servizi sociali, sanitari e socio-sanitari a carico del SSN e/o dell'Ambito Territoriale di riferimento, rimasti attivi nonostante l'emergenza da COVID-19.

DICHIARA INOLTRE

- di non usufruire di nessuna delle agevolazioni emanate dalla Regione Campania a favore delle persone con disabilità, nell'ambito del Piano per l'Emergenza Socio-Economica di cui alle deliberazioni n. 170 e 171 del 7 aprile 2020;
- di non usufruire di nessuno dei seguenti programmi di assistenza:
 - Programma Home Care Premium;
 - Programma per la Vita Indipendente;
 - Programma "Dopo di Noi" (L. 112/2016);
 - Programma di assegno di cura;
- di essere a conoscenza che, qualora la documentazione richiesta non sia inviata nelle modalità indicate o sia priva dei requisiti richiesti dall'Avviso Pubblico di manifestazione di interesse, l'Ambito Territoriale è titolato a dichiarare inammissibile la domanda;
- di essere a conoscenza dei criteri di priorità di cui all'art. 3 dell'Avviso Pubblico di manifestazione di interesse;
- di essere consapevole che tutti i dati personali saranno trattati nel rispetto del GDPR 679/2016 (Reg. UE Codice protezione dei dati personali), ai fini dell'attuazione del presente avviso;
- di aver preso visione della informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 9 dell'Avviso Pubblico di manifestazione di interesse e di prestare esplicito consenso;
- di aver preso visione delle cause di decadenza e del conseguente recupero del contributo eventualmente erogato da parte dell'Ambito Territoriale, ai sensi dell'art. 6 dell'Avviso Pubblico di manifestazione di interesse.

ALLEGA:

- Attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità
- Documento di riconoscimento valido

Firma