

	Amministrazione destinataria Comune di Sestri Levante  Ufficio destinatario Ufficio Protocollo	
---	--	--

## Domanda di accesso al contributo di solidarietà per la disabilità

### Ai sensi della Deliberazione della Giunta Regionale n. 766/2020

Il sottoscritto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

### CHIEDE

l'accesso al contributo di solidarietà per la disabilità

<input type="radio"/>	per sè stesso in quanto interessato maggiorenne										
<input type="radio"/>	per il seguente figlio minore										
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Sesso		Data di nascita		Luogo di nascita			Cittadinanza				
In qualità di (*)											
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato										
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Sesso		Data di nascita		Luogo di nascita			Cittadinanza				
In qualità di (*)											

*In qualità di (\*)*:

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale, procuratore, persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere, genitore di disabile adulto

<input type="radio"/>	inserito										
<input type="radio"/>	da inserire										
Nome struttura						Tipologia					

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

- che l'utente inserito in strutture RESIDENZIALI, COMPARTECIPA alla spesa sociale nella misura di

<input type="radio"/>	Valore ISEE INDIVIDUALE < o uguale a 12.000: la quota di compartecipazione per l'utente è pari a zero, se in possesso dell'indennità di accompagnamento è pari a 16,00 euro/die
<input type="radio"/>	Valore ISEE INDIVIDUALE compreso tra 12.001-15.000: la quota di compartecipazione per l'utente è pari a 10,00 euro/die, se in possesso dell'indennità di accompagnamento si aggiungono i 16,00 euro/die arrivando così ad un totale massimo di euro 26,00
<input type="radio"/>	Valore ISEE INDIVIDUALE compreso tra i 15.001-20.000: la quota di compartecipazione per l'utente è pari a 14,00 euro/die, se in possesso dell'indennità di accompagnamento si aggiungono i 16,00 euro/die arrivando così ad un totale massimo di euro 30,00
<input type="radio"/>	Valore ISEE INDIVIDUALE compreso tra i 20.001 e i 40.000 euro la quota di compartecipazione per l'utente è stabilita fino ad un massimo di 47,00/die (inclusa l'indennità di accompagnamento) in base alla tipologia di struttura e alla relativa tariffa
<b>Valore ISEE</b>	
€	<b>Rilasciato in data</b>

- Che l'utente inserito in strutture SEMIRESIDENZIALI, COMPARTECIPA alla spesa sociale nella misura di

<input type="radio"/>	Valore ISEE INDIVIDUALE < o uguale a 12.000: la quota di compartecipazione per l'utente è pari a 4,00 euro/die
<input type="radio"/>	Valore ISEE INDIVIDUALE compreso tra 12.001-15.000: la quota di compartecipazione per l'utente è pari a 5,00 euro/die
<input type="radio"/>	Valore ISEE INDIVIDUALE compreso tra i 15.001-20.000: la quota di compartecipazione per l'utente è pari a 7,00 euro/die
<input type="radio"/>	Valore ISEE INDIVIDUALE compreso tra 20.001 e 40.000 la quota di compartecipazione è stabilita sino ad un massimo di 22,00 euro/die in base alla tipologia di struttura e alla relativa tariffa
<b>Valore ISEE</b>	
€	<b>Rilasciato in data</b>

- che l'utente inserito in strutture residenziali o semi residenziali è invalido al 100% con o senza riconoscimento dell'indennità di accompagnamento
- di essere consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite. Di essere a conoscenza, in quanto informato ai sensi dell'art. 13 della legge n. 196/2003 e ss.mm.
- che i dati acquisiti con la presente autocertificazione vengono trattati dagli enti interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni connesse all'erogazione della misura economica per la non autosufficienza

<b>Eventuali annotazioni</b>

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

<input type="checkbox"/>	copia dell'attestazione ISEE
<input type="checkbox"/>	documentazione attestante lo stato di invalidità
<input type="checkbox"/>	copia del documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Sestri Levante		
<b>Luogo</b>	<b>Data</b>	<b>Il dichiarante</b>