

**Al Sig. Sindaco del Comune di
CALATABIANO**

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI VOUCHER DI SERVIZIO FINALIZZATI
ALL'ABBATTIMENTO DEI COSTI DEI SERVIZI DOMICILIARI ALLA PERSONA**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. (_____)

il _____ codice fiscale _____

residente a Calatabiano prov. (CT), in

via/c.so/piazza _____ n. _____ CAP _____

domiciliato a (indicare se diverso dall'indirizzo di residenza) _____

_____ prov. _____

via/c.so/piazza _____ n. _____ CAP _____

RICHIESTE

l'assegnazione del voucher per l'abbattimento dei costi dei servizi domiciliari alla persona.

A tal fine dichiara:

a) di essere in possesso di:

cittadinanza italiana

oppure;

cittadinanza di uno stato membro dell'U.E.

oppure;

(per i soggetto extra-comunitari) permesso di soggiorno

b) di essere residente nel territorio della Regione siciliana da almeno un anno dalla data di presentazione dell'istanza;

c) che l'I.S.E.E. Del proprio nucleo familiare è pari a € _____

d) che il proprio nucleo familiare composto di n.....unità, compreso il dichiarante, di cui:

n.....figli minori fino a dodici anni compiuti

n.....anziani (di età non inferiore ai 65 anni) non autosufficienti

n.....disabili

n.....malati cronici non autosufficienti e/o malati terminali

e) che il proprio stato civile è:

libero/a

- coniugato/a-convivente
- divorziato/a-separato/a
- vedovo/a
- capofamiglia di nucleo monoparentale

f) di voler acquisire servizi domiciliari rientranti nelle tipologie di seguito indicate per:

- figli minori di 12 anni compiuti
- anziani (di età non inferiore ai 65 anni) non autosufficienti
- disabili
- malati cronici non autosufficienti e/o malati terminali

Chiede, inoltre, che il voucher di servizio venga erogato mediamente bonifico bancario alle seguenti coordinate bancarie:

c/c bancario n.....

intestato a

IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CIN**codice ABI****codice CAB**

banca

agenzia di

indirizzo

A tale scopo allega alla seguente documentazione:

- autocertificazione della residenza;
- nel caso in cui di cittadini stranieri, certificazione, rilasciata dalle autorità competenti, che attesti il permesso di soggiorno;
- autocertificazione attestante lo stato di famiglia, dal quale risulti che la persona accudita sia parente fino al 3° grado (come prospetto in nota, ai sensi degli artt. Dal 74 al 78 del codice civile);
- autocertificazione attestante l'impegno di cura nel caso di assistiti non autosufficienti, disabili o con gravi problemi di salute (tale autocertificazione verrà sostituita, all'atto dell'attribuzione del voucher della certificazione rilasciata dalla ASP o dagli enti competenti, pena la revoca del finanziamento);
- attestato dell'indicatore I.S.E.E. In corso di validità, rilasciato dagli uffici abilitati;
- copia del contratto di lavoro dell'assistente familiare/badante/colf, stipulato in applicazione del C.C.N.L. Di comparto, con regolare corresponsione delle spettanze retributive, previdenziali e assistenziali;
- copia della ricevuta del pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali, relativa all'importo effettivamente versato in ragione delle ore lavorate nell'arco del trimestre trascorso;
- fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente, ai sensi degli artt. 36 e 38 del D.P.R. n. 445/2000.

Luogo e data

Firma del/la richiedente

ai sensi del D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445

(allegare la fotocopia di un documento di identità sottoscritta in originale)