



**AMBITO 7 - BRADANICA MEDIO BASENTO  
COMUNE CAPOFILA IRSINA**

(RISERVATO ALL'UFFICIO)

Prot. n. \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_\_

**ALLEGATO A**

**DOMANDA PER L'ACCESSO AL CONTRIBUTO FINALIZZATO ALLA  
REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI GESTIONALI- DOPO DI NOI-  
DGR 1208/2017**

**A) SOSTEGNO E ACCOMPAGNAMENTO ALL'AUTONOMIA**

*Compilare in stampatello*

DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE																					
Il sottoscritto	_____ (COGNOME E NOME)																				
Nato/a il	_____ a _____ Prov. _____																				
e residente a	_____ Via/Piazza _____ n. _____																				
CAP	_____ Tel _____ Cell. _____																				
Codice Fiscale	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																				
Stato civile	_____ Cittadinanza _____																				

**CHIEDE L'ASSEGNAZIONE DEL CONTRIBUTO SOSTEGNO E ACCOMPAGNAMENTO  
ALL'AUTONOMIA**

al fine di poter attuare un percorso di sostegno/accompagnamento per l'emancipazione dal contesto familiare o per la deistituzionalizzazione

a favore di sé stesso,

a favore di:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale 

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

Stato civile \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Relazione di parentela \_\_\_\_\_ In qualità di \_\_\_\_\_

PROT N. 0001641 DEL 16-02-2023 IN partenza

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. 445/00, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia

**DICHIARA** sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46/47 del D.P.R. 445/00

di essere in possesso/che il beneficiario è in possesso dei seguenti requisiti:

- Attestazione di invalidità certificazione della condizione di gravità legge 104/1992 art 3.comma 3;
- Indicatore I.S.E.E. pari ad euro .....

Che il beneficiario:

- frequenta il seguente servizio diurno sociale (es. Centro Socio Educativo Servizio di Formazione all'autonomia): .....
- oppure:
- frequenta il seguente servizio diurno socio-sanitario (CDD) .....
- oppure:
- non frequenta servizi diurni

**E DICHIARA INOLTRE, di essere a conoscenza ai fini della redazione della graduatoria, delle priorità individuate ed elencate nel relativo avviso pubblico e, altresì:**

- di non usufruire, dell'Accoglienza residenziale in Unità d'Offerta sociosanitarie, sociali.
- proprio stato di famiglia / stato di famiglia del beneficiario risulta così composto:

<i>Grado di Parentela</i>	<i>Cognome e Nome</i>	<i>Luogo e Data di Nascita</i>
<i>Beneficiario</i>		

- di conoscere ed accettare le condizioni contenute nell'Avviso Pubblico “DOPO DI NOI”;

**Richiede** l'accredito su conto corrente bancario o postale  
(intestato o cointestato al beneficiario o al richiedente)

Intestatario conto .....

Banca ..... Agenzia .....

IBAN

PROT N. 0001641 DEL 16-02-2023 IN partenza

Alla presente domanda si allegano:

- Fotocopia carta d'identità del beneficiario e del richiedente se diverso dal beneficiario;
- Attestazione I.S.E.E. socio sanitario in corso di validità;
- **Certificazione della condizione di gravità legge 104/1992 art 3.comma3** e/o copia dell'indennità di accompagnamento.
- fotocopia di un documento che riporta le coordinate bancarie, per il pagamento tramite bonifico bancario, intestato alla/al richiedente (codice IBAN)

Luogo e data \_\_\_\_\_,

Firma

\_\_\_\_\_



**AMBITO 7 - BRADANICA MEDIO BASENTO  
COMUNE CAPOFILA IRSINA**

(RISERVATO ALL'UFFICIO)

Prot. n. \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_\_

**ALLEGATO A**

**DOMANDA PER L'ACCESSO AL CONTRIBUTO FINALIZZATO ALLA  
REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI GESTIONALI- DOPO DI NOI-  
DGR 1208/2017**

**B) SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITÀ**

*Compilare in stampatello*

<b>DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE</b>																									
Il sottoscritto	_____ (COGNOME E NOME)																								
Nato/a il _____ a _____	Prov. _____																								
e residente a _____	Via/Piazza _____ n. _____																								
CAP _____	Tel. _____ Cell. _____																								
Codice Fiscale	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr></table>																								
Stato civile _____	Cittadinanza _____																								

**CHIEDE**

a favore di sé stesso,

a favore di:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale 

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

Stato civile \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Relazione di parentela \_\_\_\_\_ In qualità di \_\_\_\_\_

L'assegnazione del:

- CONTRIBUTO RESIDENZIALITÀ AUTOGESTITA**
- CONTRIBUTO MENSILE PER COHOUSING/HOUSING**
- CONTRIBUTO RESIDENZIALITÀ CON ENTE GESTORE**

al fine di poter attuare interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative.

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. 445/00, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia

**DICHIARA sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46/47 del D.P.R. 445/00 di essere in possesso/che il beneficiario è in possesso dei seguenti requisiti:**

- Attestazione di invalidità certificazione della condizione di gravità legge 104/1992 art 3.comma 3;
- Indicatore I.S.E.E. pari ad euro .....

Che il beneficiario:

- frequenta il seguente servizio diurno: CSE.....  
CDD.....  
SFA.....

oppure:

- di non frequentare un servizio diurno (CSE,SFA, CDD...);

***E DICHIARA INOLTRE, di essere a conoscenza ai fini della redazione della graduatoria, delle priorità individuate ed elencate nel relativo avviso pubblico e, altresì:***

di usufruire della seguenti misure, al fine di verificare la compatibilità con la misura richiesta:

- progetto sperimentale Vita Indipendente
- Misura Reddito di autonomia disabili
- Servizio di Assistenza Domiciliare Comunale
- proprio stato di famiglia / stato di famiglia del beneficiario risulta così composto:

Grado di Parentela	Cognome e Nome	Luogo e Data di Nascita
<i>Beneficiario</i>		

- di conoscere ed accettare le condizioni contenute nell'Avviso Pubblico "DOPO DI NOI";

**Richiede** l'accredito su conto corrente bancario o postale  
(*intestato o cointestato al beneficiario o al richiedente*)

Intestatario conto .....

Banca ..... Agenzia .....

IBAN

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

Alla presente domanda si allegano:

- Fotocopia carta d'identità del beneficiario e del richiedente se diverso dal beneficiario;
- Attestazione I.S.E.E. socio-sanitario in corso di validità;
- **Certificazione della condizione di gravità legge 104/1992 art 3.comma3** e/o copia dell'indennità di accompagnamento;
- fotocopia di un documento che riporta le coordinate bancarie, per il pagamento tramite bonifico bancario, intestato alla/al richiedente (codice IBAN);

Luogo e data \_\_\_\_\_,

Firma

\_\_\_\_\_



**AMBITO 7 - BRADANICA MEDIO BASENTO  
COMUNE CAPOFILA IRSINA**

(RISERVATO ALL'UFFICIO)

Prot. n. \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_\_

**ALLEGATO A**

**DOMANDA PER L'ACCESSO AL CONTRIBUTO FINALIZZATO ALLA  
REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI GESTIONALI- DOPO DI NOI-  
DGR 1208/2017**

**C) PRONTO INTERVENTO/SOLLIEVO**

*Compilare in stampatello*

<b>DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE</b>																				
Il sottoscritto	_____ (COGNOME E NOME)																			
Nato/a il	_____ a _____ Prov. _____																			
e residente a	_____ Via/Piazza _____ n. _____																			
CAP	_____ Tel _____ Cell. _____																			
Codice Fiscale	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td> </tr> </table>																			
Stato civile	_____ Cittadinanza _____																			

**CHIEDE L'ASSEGNAZIONE DEL CONTRIBUTO SOS DI PRONTO INTERVENTO/SOLLIEVO**  
al fine di poter usufruire dell'intervento di permanenza temporanea in soluzione abitativa extra-familiare

a favore di sé stesso,

a favore di:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale 

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

Stato civile \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Relazione di parentela \_\_\_\_\_ In qualità di \_\_\_\_\_

PROT N. 0001641 DEL 16-02-2023 IN partenza





## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la Sig./a (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
residente nel comune di \_\_\_\_\_ alla Via/Piazza \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
(barrare la/e casella/e d'interesse)

-  per se stesso

-  in qualità di legale rappresentante (specificare:  tutore;  curatore;  amministratore di sostegno) della persona adulta con disabilità (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
residente nel comune di \_\_\_\_\_ alla Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

-  in qualità di dichiarante (specificare:  coniuge;  figlio/a;  altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado) della persona adulta con disabilità temporaneamente impossibilitata per ragioni connesse allo stato di salute (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
residente nel comune di \_\_\_\_\_ alla Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

### DICHIARA

- di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, nel rispetto del **REG. UE 679/2016** (GDPR) e ss. mm. e del D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 come modificato dal D. Lgs. 101/2018;  
- di essere informato/a dei diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del **REG. UE 679/2016** (GDPR) e che il titolare del trattamento dei dati è l'Ufficio di Piano dell'Ambito Socio – Territoriale n. 7 "Bradonica Medio Basento", nella persona della dott.ssa Anna Piscinnè;

### ESPRIME

il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali forniti nei limiti del procedimento per il quale sono resi;

### AUTORIZZA

il trattamento dei dati personali forniti, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, e in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Luogo e data:

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. del 28.12.2000, n.445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. E' ammessa la presentazione anche via telematica o a mezzo posta.**