

Allegato A)

Modulo per la domanda di contributo

AL COMUNE DI _____
(Comune di residenza)

SERVIZI SOCIALI

Oggetto: Sostegno agli oneri per la frequenza dei Centri diurni per disabili privati autorizzati presenti sul territorio del Distretto socio-sanitario Latina 1 – anni 01/01/2015 – 31/12/2015 e 01/01/2016 – 31/12/2016.

Il/la sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ il _____,
residente in _____ prov. (____),
via/piazza _____ n. _____ tel. _____,
C.F. _____;

CHIEDE

il riconoscimento degli oneri sostenuti per la frequenza dei Centri diurni per disabili privati autorizzati presenti sul territorio del Distretto socio-sanitario LT/1 – anni 2015 e 2016

per se stesso

ovvero

in qualità di _____ in nome e per conto del/la
sig./sig.ra _____,
nato/a a _____ il _____,
residente in _____ prov. (____),
via/piazza _____ n. _____ tel. _____,
C.F.: _____.

I sottoscritt consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del DPR nr. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

1) di aver frequentato/che il sig./sig.ra _____ ha frequentato, negli anni 2015 e 2016, uno dei Centri diurni per persone con disabilità privati autorizzati sotto elencati:

(barrare la casella corrispondente)

- Centro diurno "Raggio di Sole", sito ad Aprilia in via Aldo Moro n. 47;
- Centro diurno "Amici dell'Onmic", sito a Cisterna di Latina in piazza Cavalieri di Vittorio Veneto n. 5;
- Centro diurno "Rosario La Noce", sito a Cisterna di Latina in via G. Falcone;

2) di aver frequentato/che il sig./sig.ra _____ ha frequentato, nel corso dell'anno 2015, il Centro su richiamato per un periodo pari a: _____;

Allegato A)

Modulo per la domanda di contributo

- 3) di aver frequentato/che il sig./sig.ra _____ ha frequentato, nel corso dell'anno 2016, il Centro su richiamato per un periodo pari a: _____;
- 4) di essere persona disabile/che il sig./sig.ra _____ è persona disabile, certificata ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- 5) che l'ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria ammonta ad € _____;
- 6) che le spese sostenute per la frequenza del Centro diurno succitato nell'anno 2015 ammontano complessivamente ad € _____ (_____ / _____);
- 7) che le spese sostenute per la frequenza del Centro diurno succitato nell'anno 2016 ammontano complessivamente ad € _____ (_____ / _____).

Ai fini della presente domanda si allega:

- fotocopia del documento di riconoscimento, in corso di validità.
Laddove il richiedente è diverso dall'assistito dovrà essere allegato anche il documento di riconoscimento, in corso di validità, della persona frequentate il Centro diurno;
- copia della certificazione, rilasciata dalla Commissione medica della ASL, attestante l'esistenza delle condizioni di cui alla legge n. 104/1992 della persona frequentante il Centro diurno di cui sopra;
- copia dell'attestazione ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria;
- attestazione delle spese sostenute negli anni 2015 e 2016, con allegata copia dei bonifici bancari, ovvero dei bollettini postali, ovvero delle ricevute attestanti il pagamento per la frequenza al Centro diurno per disabili dell'utente certificato ai sensi della legge n. 104/1992.

Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

_____, lì _____

Il dichiarante

La presente richiesta va inviata o presentata in busta chiusa all'Ufficio Protocollo del Comune di residenza, ai seguenti indirizzi:

- Comune di Aprilia - Ufficio Protocollo - piazza Roma n. 1 - 04011 Aprilia (LT);
- Comune di Cisterna di Latina - Ufficio Protocollo - via Zanella n. 2 - 04012 Cisterna di Latina (LT);
- Comune di Cori - Ufficio Protocollo - via della Libertà, n. 36 - 04010 Cori (LT);
- Comune di Rocca Massima - Ufficio Protocollo - via del Comune n. 1 - 04010 Rocca Massima (LT).