

COMUNI DELL'AMBITO N. 8

Barbariga, Borgo San Giacomo, Brandico, Corzano, Dello, Lograto, Longhena, Maclodio, Mairano, Orzivecchi, Orzinuovi, Pompiano, Quinzano d'Oglio, San Paolo, Villachiera

SPETT.LE COMUNE DI _____

RICHIESTA

VOUCHER SOCIALE PER L'IMPLEMENTAZIONE DI INTERVENTI VOLTI A MIGLIORARE LA QUALITA' DELLA VITA DELLE FAMIGLIE E DELLE PERSONE ANZIANE CON LIMITAZIONE DELL'AUTONOMIA

(Ai sensi della DGR n.5672 dell'11/10/2016 e del decreto n.12405 del 28/11/2016)

Il/la sottoscritto/a COGNOME _____ NOME _____,
nato/a il _____ a _____ Provincia _____,
residente a _____ in Via _____, n. _____ CAP _____,
Tel. n. _____, cellulare n. _____, email _____,

COD. FISCALE | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

in qualità di (*barrare l'opzione ricorrente*):

- diretto interessato
- Coniuge Figlio/a Amministratore di sostegno Altro (*specificare*) _____

CHIEDE

di usufruire del Voucher Sociale per l'implementazione di interventi volti a migliorare la qualità della vita delle famiglie e delle persone anziane con limitazione dell'autonomia:

per me stesso/a

per la seguente persona anziana:

COGNOME _____ NOME _____,
nato/a il _____ a _____ Provincia _____
residente a _____ in Via _____, n. _____ CAP _____,
Tel. n. _____, cellulare n. _____, email _____

COD. FISCALE | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace, a tal fine dichiara:

- di essere residente a _____;
- di avere età uguale o > 65 anni;

- di avere un reddito ISEE pari a euro _____;
- di vivere al proprio domicilio;
- di avere un livello di compromissione funzionale lieve/moderata ovvero di essere in condizioni che possono comportare una minore cura di sé e dell'ambiente domestico nonché povertà relazionale intesa come rarefazione delle relazioni familiari, progressiva scomparsa dei rapporti di amicizia e di vicinato;
- di essere caregiver di familiari non autosufficienti con necessità di sollievo e supporto per mantenere una adeguata qualità della vita, purchè non sia già previsto come intervento della Misura RSA aperta ex DGR n.2942/2014;
- di non avere gravi limitazioni dell'autosufficienza ed autonomia personale;
- di non frequentare in maniera sistematica e continuativa unità d'offerta o servizi a carattere socio-sanitario;
- di accettare la condivisione del previsto Progetto Individualizzato (PI) con il Servizio Sociale di riferimento.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni relative ai cambiamenti anagrafici ed ogni altro evento che modifichi le dichiarazioni rese.

Allega alla presente domanda:

- copia documento d'identità in corso di validità di chi sottoscrive la domanda e del beneficiario se diverso;
- verbale di invalidità;
- copia attestazione ISEE in corso di validità;
- consenso informato ai sensi del D.lgs 196/2003

_____, _____ Firma del richiedente _____

Da compilarsi a cura dell'operatore

Servizio Sociale Territoriale _____		
Data _____ Operatore _____		
All'atto della ricezione della presente, si è provveduto con il richiedente alla compilazione di:		
ADL	IADL	RSS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Firma operatore _____		



UNIONE EUROPEA
Fondo sociale europeo



Regione
Lombardia

