**AL COMUNE DI MONASTERACE**

Via Nazionale Jonica, 111

**89040 – Monasterace (RC)**

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE VOUCHER PER L’ACQUISTO DI PRESTAZIONI SOCIO - ASSISTENZIALI DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE**

 **Dati del richiedente:**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L’assegnazione di Voucher per l’acquisto di prestazioni di Assistenza Domiciliare a favore di:

* Se stesso
* (indicare Cognome e Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di (specificare tipo di parentela, tutore, Amministratore di Sostegno) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine, informato che le dichiarazioni false, l’indicazione di dati non corrispondenti al vero e l’uso di atti falsi sono puniti con specifiche sanzioni penali e con la perdita dei benefici eventualmente conseguiti (art. 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

Che il beneficiario (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* È’ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* E’ residente nel Comune di Monasterace (RC) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_
* E’ diversamente abile in possesso della certificazione ai sensi della legge 104/92;
* È invalido civile al \_\_\_\_\_\_\_\_%
* Non è autosufficiente sulla base della certificazione allegata rilasciata da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Non usufruisce di servizi socio-sanitari residenziali o semiresidenziali;
* Non usufruisce di altre prestazioni assistenziali;
* Di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Comune di Monasterace - Ufficio Servizi Sociali eventuali ricoveri in ospedale o altra struttura residenziale ed eventuali altri motivi che facciano venir meno la necessità dei servizi resi.
* Il dichiarante si impegna a condividere con l’Assistente Sociale/Case Manager il PAI predisposto e ad acquistare le prestazioni presso i fornitori accreditati. A tal proposito esprime la preferenza per il seguente fornitore:
	+ **Consorzio Sociale Macramè**
	+ **Cooperativa Sociale Pathos**
	+ **Cooperativa Sociale Arca della Salvezza**
	+ **Cooperativa Sociale Vitasì**
	+ **Cooperativa Sociale Metauros**

**DICHIARA ALTRESI’**

1. Di essere informato che l’ammissione al Voucher per l’acquisto di prestazioni socio-assistenziali è subordinata alla valutazione dell’Assistente Sociale/Case Manager del Comune di Monasterace;
2. Di essere informato, ai sensi e per gli effetti del regolamento UE 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con l’ausilio di strumenti informatici, esclusivamente per l’intervento di che trattasi e che il Responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile del Settore Affari Generali e Servizi alla Persona;
3. Di essere informato che le domande di ammissione al Voucher potranno essere presentate tramite PEC all’indirizzo **protocollo.monasterace@asmepec.it** o mail: amministrativo@comune.monasterace.rc.it, oppure, per i soli utenti che non sono in possesso di strumenti informatici personali, la domanda potrà essere presentata presso l’ufficio protocollo del Comune di Monasterace nelle giornate e negli orari di ricevimento del pubblico.

**ALLEGA**

* Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del beneficiario e del richiedente se diverso;
* Certificazione attestante la condizione di disabilità ai sensi della L. 104/92 e/o invalidità civile e/o certificazione rilasciata da struttura pubblica o dal Medico di Medicina Generale attestante la non autosufficienza o ridotta autosufficienza temporanea o protratta, o fragilità tale da compromettere l’autonomia nelle azioni di vita quotidiana;
* Altra documentazione ritenuta utile ai fini della valutazione.

La presente domanda equivale ad autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000 per le attestazioni contenute.

* Il sottoscritto acconsente al trattamento dei dati personali qui contenuti in quanto funzionali agli scopi per i quali è posto in essere.

……………………………………………………………………

 **(Luogo e data)**

 **IL DICHIARANTE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (firma leggibile)