

**DOMANDA DI ACCESSO PER L'EROGAZIONE DI BONUS O VOUCHER DI NON AUTOSUFFICIENZA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
 il \_\_\_\_\_, e residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 C.F. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_,  
 (eventualmente)  
 in qualità di \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_,  
 nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, tel \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di accedere alle prestazioni:

- Bonus di non autosufficienza per la realizzazione Piani Assistenza Individualizzati;**  
 **Voucher per l'acquisto strumentazione e servizi non forniti dal servizio sanitario nazionale;**

**DICHIARA:**

- di essere in situazione di handicap (art. 3 comma 3 legge 5 febbraio del 1992 n.104 – Legge 3 agosto 2009 n.102 art. 20)
- di essere residente nel territorio di competenza del distretto Socio-Sanitario Nord Comune capofila Caulonia;
- di non superare i 65 anni (minori ed adulti);
- di trovarsi in grave e comprovata situazione di disagio socio-economico e/o bisogno socio-sanitario.
- di accettare tutte le condizioni stabilite nel regolamento e nell'avviso pubblico.

**Di trovarsi in una delle seguente condizioni di sanità:**

- Allettato con utilizzo di ausili medici  
 Allettato  
 Carrozzato  
 Pluriminorato

**Allega alla presente domanda:**

- 1) Certificazione di invalidità rilasciata dalla ASL competente attestante lo status di Portatore di Handicap in situazione di gravità (art. 3 comma 3 legge 5 febbraio del 1992 n.104 – Legge 3 agosto 2009 n.102 art. 20);
- 2) Copia del documento di riconoscimento in corso di validità ;
- 3) Copia del permesso di soggiorno e/o carta di soggiorno in corso di validità ( qualora si tratti di persona straniera);
- 4) Copia del provvedimento di nomina del tutore;
- 5) Attestazione ISEE del nucleo familiare relativa all'anno 2010.

*Si ricorda che il rilascio di dichiarazioni non veritiere è punito con sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.*

*Firma del beneficiario o del familiare*

**SI IMPEGNA A:**

*comunicare per iscritto agli Uffici competenti ogni variazione riguardante situazioni personali e/o familiari, che modifichino le dichiarazioni rese nella presente domanda.*

(Cognome e nome) \_\_\_\_\_

**autorizza** il Servizio Competente al trattamento dei dati rilasciati *esclusivamente* per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio, anche con altri enti/organizzazioni attuatori del servizio, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

(Data) \_\_\_\_\_

(Firma) \_\_\_\_\_