

Al Responsabile dell'Ufficio di Piano
dell'Ambito Territoriale Sociale di CASARANO

**DOMANDA di AMMISSIONE al CONTRIBUTO per inserimento presso la
COMUNITA' SOCIO-RIABILITATIVA "DOPO DI NOI" (art.57 del R.R. n.4/2007)**

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome e nome in stampatello)

Nato/a a _____ (_____) il ____/____/____ residente nel

Comune di _____ alla Via _____ N. _____

Domiciliato/a nel Comune di _____ alla Via _____ N. _____

Tel. (casa) _____ (Cell.) _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

Di beneficiare del contributo integrativo al pagamento della retta di inserimento presso la comunità
Socio-Riabilitativa "Dopo di Noi"

Per sé stesso

In qualità di _____ del sig./sig.ra _____
(specificare parentela) (cognome e nome in stampatello)

Nato/a a _____ (_____) il ____/____/____

residente nel Comune di _____ alla Via _____ Nr. _____

Domiciliato/a nel Comune di _____ alla Via _____ Nr. _____

Tel. (casa) _____ (Cell.) _____

Codice Fiscale _____

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, così come
stabilito dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445,

DICHIARA

Che la persona per la quale si richiede l'inserimento (crociare una delle seguenti opzioni):

- ha _____ anni

- è in possesso di invalidità civile e riconosciuto in situazione di disabilità di cui alla Legge 104/92;
- versa nelle seguenti situazioni di bisogno:
 - privo di un'adeguata assistenza familiare;
 - in una situazione temporanea di emergenza sociale;
 - è persona per la quale la permanenza nel nucleo familiare sia valutata temporaneamente o definitivamente impossibile o contrastante con il progetto individuale;
- ha un valore ISEE del nucleo familiare in corso di vigenza, rilasciato da soggetto abilitato, riferito ai redditi 2015 di: EURO _____
- ha conseguito, nel corso dell'anno 2015, i seguenti redditi ad ogni titolo percepiti:

redditi non esenti ai fini IRPEF	Euro _____
redditi esenti ai fini IRPEF	Euro _____
TOTALE redditi percepiti ad ogni titolo	Euro _____

- Che la persona per la quale si chiede l'inserimento:
 - vive da sola
 - non vive da sola

- Che la famiglia è così composta:

Presenza di entrambi i genitori	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
totale componenti (compreso il destinatario del servizio)	N. _____
persone ultrasessantatrenni	N. _____
persone diversamente abili e/o in condizione di grave malattia certificata presenti nel nucleo	N. _____
minori con età da 0 a 6 anni	N. _____

A tal fine, DICHIARA

che il nucleo familiare della persona per la quale si richiede l'inserimento presso la Comunità Socio-Riabilitativa "Dopo di Noi" per persone Diversamente Abili è così composto:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

AUTORIZZA

L'Ambito Territoriale Sociale di Casarano al trattamento dei dati rilasciati per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio in parola, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

Luogo e data, _____

Firma
