**Allegato 2)**

***MODELLO DI DOMANDA ASSEGNO DI CURA E VOUCHER***

**OGGETTO: istanza- Programma Regionale Assegni di Cura e Voucher per anziani non autosufficienti e persone con disabilità- DGR n.121/2023**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Pec\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l’assegnazione o la fruizione del servizio di (*barrare*):

□ *Assegno di cura*

*□ Voucher*

**PER**

**□** *se stesso*

*□ per \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare grado di parentela) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cognome)* nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pec\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del TUEL emanato con DPR 28.12.2000 n. 445 e consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità*

**DICHIARA**

che il beneficiario (*nome e cognome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

1. non usufruisce dei servizi residenziali o semi-residenziali sia socio-sanitari che socio-assistenziali;
2. usufruisce dell’indennità di accompagnamento di cui alla Legge n.18/1980 e successive modifiche e/o /integrazioni con L. 508/1988;
3. di essere riconosciuto disabile ai sensi dell’art.3 c.3 della L. n.104/1992;
4. che il medico (MMG o PLS) è (*nome cognome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indirizzo)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(tel)\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Informa ai fini dell’eventuale erogazione dell’assegno di cura:**

* Conto corrente bancario

IBAN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ intestato a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Di avere in atto rapporto di lavoro con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_contrattualizzata

come\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTORIZZA**

l’Unità di Valutazione Integrata (UVI) alla valutazione delle condizioni di bisogno socio-sanitario per l’ammissione al servizio richiesto.

Si allegano:

* verbale di accertamento Handicap ai sensi della L. n. 104/1992;
* verbale riconoscimento invalidità civile con accompagnamento di cui L. n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni;
* Attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità;
* Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità del beneficiario;
* Copia codice IBAN;
* Copia contratto di lavoro assistente familiare/badante;
* Dichiarazione impegno, solo per domanda Assegno di Cura.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_