



CARBONARA AL TICINO, CAVA MANARA, MEZZANA RABATTONE, PAVIA, SAN GENESIO ED UNITI, SAN MARTINO SICCOMARIO, SOMMO, TORRE D'ISOLA, TRAVACÒ SICCOMARIO, VILLANOVA D'ARDENGI, ZERBOLÒ, ZINASCO.

P.zza del Municipio, 3 - 27100 Pavia - C.F e P.IVA 02304990183
Tel. 0382.399.536 Fax. 0382.399.517 E mail info@consorziosocialepavese.it

Pervenuto il: ____/____/____

N. Protocollo: _____

Spett.le

CONSORZIO SOCIALE PAVESE

Piazza del Municipio, 3

27100 Pavia

consorziosocialepavese@pec.comune.pv.it

pdzpavia@comune.pv.it

DOMANDE PER L'ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI FINALIZZATI ALLA REALIZZAZIONE DI INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE PRIVE DEL SOSTEGNO FAMILIARE "DOPO DI NOI" - LEGGE N. 112/2016.

La/Il sottoscritta/o:

Cognome															
Nome															
Codice fiscale															
Residente in								Cap							
Via												n.			
n. telefono								E mail							

In qualità di (BARRARE CON UNA X):

RICHIEDENTE	
GENITORE/TUTORE/ADS/ALTRO (SPECIFICARE):	
ALTRO FAMILIARE	

CHIEDE

l'assegnazione del seguente contributo previsto dall'Avviso Pubblico approvato con Deliberazione dell'Assemblea Consortile n. 8/2020 del 30/11/2020 per l'attuazione della Legge n. 112/2016 "Dopo di noi" (barrare solo una delle seguenti tipologie):

SOSTEGNI PER INTERVENTI GESTIONALI:

a) Accompagnamento all'autonomia per l'emancipazione dal contesto familiare/deistituzionalizzazione

b) Supporto alla residenzialità (barrare solo una delle seguenti 3 possibilità):

b1) Voucher residenzialità con ente gestore;

b2) Contributo residenzialità autogestita;

b3) Buono mensile cohousing/housing;

c) interventi di permanenza temporanea in soluzione abitativa extra-familiare;

SOSTEGNI PER INTERVENTI INFRASTRUTTURALI:

a1) per contribuire ai costi della locazione;

a2) per contribuire alle spese condominiali;

b) spese per adeguamenti per la fruibilità dell'ambiente domestico;

a favore del/la sig./ra (se diverso da colui che presenta la richiesta):

Cognome	
Nome	

A tal fine, avendo preso visione di tutti i requisiti necessari per accedere alla misura in oggetto:

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo d.p.r. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti, quanto segue (riportare i dati della persona per cui si richiede il contributo):

Codice fiscale																				
Località di nascita																				
Stato di nascita																				
Data di nascita (giorno/mese/anno)																				
Comune di residenza																				
Indirizzo di residenza																				
CAP																				

Percentuale di invalidità	
Telefono	
Casella e-mail	

1. che la persona per la quale si richiede il contributo è disabile grave ai sensi della Legge 104/92 art.3 c.3 e che la stessa è in possesso dei requisiti previsti dall'Avviso pubblico;
2. che il nucleo familiare della persona destinataria del contributo ha un Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) SOCIO SANITARIO in corso di validità pari a € _____;
3. che il suo nucleo familiare non è beneficiario o non ha presentato domanda per altri titoli sociali erogati per la stessa tipologia di intervento;
4. in caso contrario che il nucleo familiare della persona per la quale si richiede il contributo è beneficiaria dei seguenti titoli sociali/contributi:

5. nel caso di accoglimento della domanda, di impegnarsi a rispettare quanto previsto dall'Avviso pubblico consapevole del fatto che il mancato rispetto di quanto previsto potrà dare luogo alla sospensione dell'erogazione del titolo sociale. E' fatto, altresì, obbligo di dare tempestiva notizia delle eventuali variazioni che comportino la decadenza del beneficio concesso, con l'avvertenza che, la mancata comunicazione comporterà la perdita immediata del predetto beneficio e la restituzione delle somme indebitamente riscosse;
6. la persona per cui si richiede il contributo frequenta il seguente servizio diurno (CDD/CSE/SFA):

DICHIARA ALTRESÌ:

- di impegnarsi a comunicare eventuali variazioni successive, al Consorzio Sociale Pavese – Piazza del Municipio,3 – 27100 Pavia - ed esonera fin d'ora il Consorzio Sociale Pavese da eventuali conseguenze derivanti da comunicazioni pervenute in tempi non utili per registrare le variazioni di che trattasi.
- che eventuali comunicazioni dovranno essere inviate al seguente indirizzo, se diverso dalla residenza:

- che, in caso di accoglimento della domanda, l'importo dovrà essere versato sulle coordinate bancarie indicate nel documento allegato. La fotocopia allegata deve riportare, oltre alle coordinate bancarie, il nominativo dell'intestatario/a;

La/Il sottoscritta/o allega alla domanda la seguente documentazione in copia semplice:

- Attestazione ISEE SOCIOSANITARIO in corso di validità della persona per la quale si richiede il contributo;
- Certificazione disabilità grave ai sensi della legge 104/92 art. 3 C.3;
- Fotocopia di un documento che riporta le coordinate bancarie, per il pagamento tramite bonifico bancario, intestato alla/al richiedente (codice IBAN);
- Documento di identità in corso di validità del dichiarante;
- Documento di identità in corso di validità del beneficiario;

Data _____/_____/_____

Firma della/del dichiarante
