



All'Ufficio di Piano
Ambito Distrettuale Sociale n. 09 Val di
Foro
c/o Comune di Francavilla al Mare
Corso Roma, 7
66023 Francavilla al Mare (CH)

**DOMANDA PER L'OTTENIMENTO DI VOUCHER DI SERVIZI NELL'AMBITO DEL
PROGETTO "INCLUSIVE_CARE"**

La/Il sottoscritta/o _____ nata/o a _____
il _____ residente a _____ in _____
Via _____ n° _____
C.F. _____ tel./ cell. _____
IBAN _____

CHIEDE

nell'ambito del Progetto "INCLUSIVE_CARE", di poter beneficiare di voucher per il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale non integrata, e altre tipologie di servizi, per anziani, persone disabili non autosufficienti e minori.

A tal fine consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atto o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 DPR n. 445/2000, l'Amministrazione Comunale provvederà alla revoca dei benefici eventualmente concessi sulla base della dichiarazione resa, ai sensi degli articoli 46 e 47 DPR n. 445/2000,

DICHIARA

(Barrare le caselle che interessano)

di essere in possesso dei seguenti requisiti:

- essere residente nel Comune di _____ appartenente all'Ambito Distrettuale Sociale N. _____ ;
- essere inoccupata/o – disoccupata/o;
- avere reddito ISEE pari a € _____ ;
- avere un nucleo familiare, la cui composizione e situazione è indicata nella tabella che segue:

Nominativo	Data nascita	Grado parentele	Invalidità %	Autosufficiente (Si o No)