

*Esenzione dall'imposta di bollo
ai sensi dell'art. 8, comma 3, della Tabella
allegato B al D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 642*

ALL'ASSESSORATO SANITA'
SALUTE E POLITICHE SOCIALI
SERVIZIO FAMIGLIA E POLITICHE GIOVANILI
VIA DE TILLIER, N. 30
11100 AOSTA

La/il/i Sig.ra/Sig./Sigg.ri

(COGNOME)..... (NOME)
(LUOGO DI NASCITA) (PROVINCIA)
(DATA DI NASCITA)
(CODICE FISCALE).....
(RESIDENTE IN VIA, FRAZ.) (COMUNE DI RESIDENZA).....
(DOMICILIO, SE DIVERSO DALLA RESIDENZA, VIA, FRAZ. COMUNE).....
(N. DI TELEFONO)

in qualità di *(da compilare nel caso in cui la domanda non sia presentata dal diretto interessato)*:

familiare curatore (allegare atto di nomina del tribunale) amministratore di sostegno (allegare atto di nomina del tribunale) tutore (allegare atto di nomina del tribunale) altra persona (conoscente, vicino di casa, amico, ecc.)

CHIEDE

di ottenere la concessione ai sensi **dell'art. 18 - della l.r. 23.07.2010, n. 23, degli
assegni di cura per assistenza alternativa all'istituzionalizzazione**

per se stesso
 per la/il/i Sig.ra/Sig/Sigg.ri.....

(COGNOME)..... (NOME)
(LUOGO DI NASCITA) (PROVINCIA)
(DATA DI NASCITA)
(CODICE FISCALE).....
(RESIDENTE IN VIA, FRAZ.) (COMUNE DI RESIDENZA).....
(DOMICILIO, SE DIVERSO DALLA RESIDENZA, VIA, FRAZ. COMUNE).....
(N. DI TELEFONO)

(COGNOME)..... (NOME)
(LUOGO DI NASCITA) (PROVINCIA)
(DATA DI NASCITA)
(CODICE FISCALE).....
(RESIDENTE IN VIA, FRAZ.) (COMUNE DI RESIDENZA).....
(DOMICILIO, SE DIVERSO DALLA RESIDENZA, VIA, FRAZ. COMUNE).....
(N. DI TELEFONO)

RICHIEDE CHE L' ASSEGNO DI CURA SIA EROGATO PER IL PAGAMENTO DI ASSISTENTI PERSONALI

(no coniuge, figli, nipoti, generi, nuore, suoceri, fratelli)

DICHIARA

(ai sensi della L.R. 06/08/2007 n. 19 art. 30 e del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 artt. 46 e 47)

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o comunque non rispondente al vero, ai sensi dell'art. 39 della l.r. 06/08/2007, n. 19 e dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445

- per se stesso per conto del beneficiario del progetto:
- di essere residente in un Comune della Valle d'Aosta da almeno due anni;
- di essere residente in un Comune della Valle d'Aosta da meno di due anni, ma di esserlo stato in passato in modo continuativo per un periodo non inferiore a cinque anni nel/i Comune/i di

- di percepire :**
- | | | |
|--|---------|-------|
| <input type="checkbox"/> rendita INAIL | € | annui |
| <input type="checkbox"/> assegno di accompagnamento | € | annui |
| <input type="checkbox"/> pensione di invalidità | € | annui |
| <input type="checkbox"/> maggiorazione sulla pensione di invalidità | € | annui |
| <input type="checkbox"/> accompagnamento per ciechi | € | annui |
| <input type="checkbox"/> indennità di comunicazione (per sordomuti) | € | annui |
| <input type="checkbox"/> speciale indennità per non vedenti | € | annui |
| <input type="checkbox"/> assegno di frequenza | € | annui |
| <input type="checkbox"/> assegno di assistenza | € | annui |
| <input type="checkbox"/> pensione sociale (PS) | € | annui |
| <input type="checkbox"/> pensione di guerra | € | annui |
| <input type="checkbox"/> qualsiasi altra rendita (specificare importo e tipologia) | €..... | annui |
- di aver presentato in data domanda volta ad ottenere la concessione del beneficio relativo a :

- che il proprio nucleo anagrafico contribuisce al pagamento della retta per l'inserimento della/del/dei Sig.ra./Sig./Sigg.ri presso (precisare il nome della struttura ospitante e l'ubicazione) per un importo mensile pari ad € in qualità di (precisare il legame familiare)
- Che qualora si siano verificate o si verifichino in futuro sostanziali variazioni anagrafiche e/o economiche che comportino un aumento dell'IRSEE, il /i beneficiario/i dell'intervento o il firmatario della presente istanza è tenuto a darne immediata comunicazione, all'Ufficio sviluppo servizio sociale e assistenza del Servizio famiglia e politiche giovanili dell'Assessorato alla sanità, salute e politiche sociali.**

Allega:

- Dichiarazione sostitutiva unica (DSU) del nucleo anagrafico di appartenenza del beneficiario del progetto di assistenza (*firmata in originale o in copia conforme all'originale qualora non sia già stata presentata presso l'Amministrazione regionale, comuni, o comunità montane*);
- Contratto di lavoro (o altro documento equivalente).

N.B.: qualora la firma sia stata apposta da terza persona poiché l'interessato è per ragioni di salute impossibilitato a firmare, l'identità del dichiarante deve essere accertata dal funzionario incaricato ad accogliere la presente istanza come di seguito indicato:

AUTENTICAZIONE DELLA FIRMA

Ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, si attesta che

La/il Sig.ra/Sig. _____
identificato mediante _____ ha qui sopra apposto la Sua firma in presenza dell'autenticante, previa ammonizione del predetto sulle sanzioni penali, ai sensi dell'art. 39 della legge regionale 06.08.2007, n. 19 e dell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, a carico di chi dichiara il falso o esibisce atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità

Data _____ **Il funzionario incaricato** _____

INFORMATIVA

...I... sottoscritta/o
dichiara di essere informata/o ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali e sensibili saranno trattati con modalità sia manuali sia informatiche e che verranno comunicati esclusivamente alle strutture interessate nel procedimento.

Data Firma

Note informative:

D.P.R. 445/2000 - Art. 76 - commi 1 e 2

“Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia;

L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.

Art. 38 - comma 3 -

Le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica o gestori o esercenti di pubblici servizi sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. La copia fotostatica del documento è inserita nel fascicolo. Le istanze e la copia fotostatica del documento di identità possono essere inviate per via telematica omissis

Ai sensi dell'art. 38 della l.r. 18/1999 e dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000 l'Amministrazione può effettuare controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sottoscritte.

N.B.: La legge regionale 23/2010, la DGR 1553/2011 e la modulistica sono reperibili sulla homepage della Regione, cliccando su: politiche sociali, anziani, servizi, contributi finanziari e assistenza economica, L.R. 23/2010 Art. 18 assegni di cura per assistenza alternativa all'istituzionalizzazione.