

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI VOUCHER DI SERVIZIO FINALIZZATI
ALL'ABBATTIMENTO DEI COSTI DEI SERVIZI DOMICILIARI ALLA PERSONA**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov _____

Il _____ codice fiscale _____ residente a _____

Prov _____ in Via/C.so/Piazza _____ n. _____ CAP _____

domiciliato a (indicare se diverso dall'indirizzo di residenza) _____

Prov _____ in Via/C.so/Piazza _____ n. _____ CAP _____

RICHIEDE

l'assegnazione del voucher per l'abbattimento dei costi dei servizi domiciliari alla persona.

A tale fine dichiara:

a) di essere in possesso di:

cittadinanza italiana

oppure

cittadinanza di uno stato membro dell'U.E.

oppure

(per i soggetti extra-comunitari) permesso di soggiorno

b) di essere residente nel territorio della Regione Siciliana da almeno un anno dalla data di presentazione dell'istanza;

c) che l'I.S.E.E. del proprio nucleo familiare è pari a € _____ ;

d) che il proprio nucleo familiare è composto di n. _____ unità, compreso il dichiarante, di cui:

n _____ figli minori fino a dodici anni compiuti

n _____ anziani (di età non inferiore ai 65 anni) non autosufficienti

n _____ disabili

n _____ malati cronici non autosufficienti e/o malati terminali

e) che il proprio stato civile è:

- libero/a
- coniugato/a-convivente
- divorziato/a-separato/a
- vedovo/a
- capofamiglia di nucleo monoparentale

f) di voler acquisire servizi domiciliari rientranti nelle tipologie di seguito indicate per:

- figli minori di 12 anni compiuti
- anziani (di età non inferiore ai 65 anni) non autosufficienti
- disabili
- malati cronici non autosufficienti e/o terminali

Chiede, inoltre, che il voucher di servizio venga erogato mediante bonifico bancario alle seguenti coordinate bancarie:

c/c bancario n. _____

intestato a _____

IBAN | _____ |

CIN _____ codice ABI _____ codice CAB _____

banca _____

agenzia di _____

indirizzo _____

A tale scopo allega la seguente documentazione:

- autocertificazione della residenza;
- nel caso di cittadini stranieri, certificazione, rilasciata dalle autorità competenti, che attesti il permesso di soggiorno;

- autocertificazione attestante lo stato di famiglia, dal quale risulti che la persona accudita sia parente fino al 3° grado (come da prospetto in nota, ai sensi degli artt. dal 74 al 78 del Codice civile)¹ ;
- autocertificazione attestante l'impegno di cura nel caso di assistiti non autosufficienti, disabili o con gravi problemi di salute (tale autocertificazione verrà sostituita, all'atto dell'attribuzione del voucher dalla certificazione rilasciata dalla ASP o dagli enti competenti, pena la revoca del finanziamento);
- attestato dell'indicatore I.S.E.E. in corso di validità, rilasciato dagli Uffici abilitati;
- copia del contratto di lavoro dell'assistente familiare/badante/colf, stipulato in applicazione del C.C.N.L. di comparto, con regolare corresponsione delle spettanze retributive, previdenziali e assistenziali;
- copia della ricevuta del pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali, relativa all'importo effettivamente versato in ragione delle ore lavorate nell'arco del trimestre trascorso;
- fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente, ai sensi degli artt. 36 e 38 del D.P.R. n. 445/2000.

Luogo e data _____

Firma del/la richiedente _____

ai sensi del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n° 445

(allegare la fotocopia di un documento di identità
sottoscritto in originale)

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere a conoscenza che i dati contenuti nella presente domanda:

- saranno utilizzati per il rimborso del contributo "voucher"
- verranno trattati nel rispetto D.lgs. 196/03 del 30 giugno 2003.

Luogo e data _____

Firma del/la richiedente _____

¹ Prospetto parenti fino al 3° grado

Gradi	Parenti in linea retta	Parenti in linea collaterale
1°	Padre, madre e figli	—
2°	Nonni e nipoti	Fratelli e sorelle
3°	Bisnonni e pronipoti	Zii, zie, nipoti da fratelli e sorelle