



Al Comune di _____

OGGETTO: MODELLO DICHIARAZIONE - BANDO PUBBLICO PER L'ASSEGNAZIONE DI BUONI DI SERVIZIO (VOUCHER) ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE AD ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Soggetto richiedente

Il/La sottoscritt _____ consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.445, dichiara di essere:

nat__ a _____ il _____ di essere
residente a _____ in via _____ n. _____ codice
fiscale _____ tel. _____
cell. _____ e-mail _____

In qualità di beneficiario/familiare delegato o di rappresentante legale (specificare il titolo)

PER IL (da compilare solo in caso di familiare delegato/tutore/procuratore)

Soggetto beneficiario

Il/la Sig./Sig.ra _____

nat__ a _____ il _____ di essere
residente a _____ in via _____ n. _____ codice
fiscale _____ tel. _____
cell. _____ e-mail _____

al fine di poter fruire del servizio di “**Assistenza domiciliare anziani**” e consentire all’Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenzala valutazione delle condizioni socio-economiche per l’eventuale intervento di sostegno, e consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell’articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445

DICHIARA

-di aver preso visione dell’avviso pubblico;

-di essere consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, di formazione o uso di atti falsi e che gli uffici si riservano di procedere al controllo, anche a campione, circa la veridicità delle dichiarazioni rese ai sensi del D.P.R. n. 445/2000;

-di percepire le seguenti indennità non soggette ad IRPEF:

- pensione pari a € _____ annui
- invalidità civile pari a € _____ annui
- indennità di accompagnamento pari a € _____ annui
- rendita INAIL pari a € _____ annui
- altro _____ pari a € _____ annui

che il reddito ISEE per l'anno 2023 è pari ad € _____

di essere titolare del seguente patrimonio mobiliare, specificare (titoli di stato, azioni, obbligazioni, quote di fondi comune di investimento e depositi bancari)

per un importo pari a € _____ presso il seguente Ente intermediario o gestore (indicare se banca, ufficio postale, impresa di investimento, ecc.)

di essere privo di qualsiasi tipo di patrimonio mobiliare sotto forma di titoli di stato, azioni, obbligazioni, quote di fondi comune di investimento e depositi bancari

Dichiara inoltre che la consistenza del proprio patrimonio immobiliare e del nucleo familiare posseduto alla data del 31 Dicembre 2022 è il seguente (dichiarante, componenti della famiglia anagrafica, soggetti considerati a carico ai fini IRPEF):

| | Tipo di patrimonio (1) | Quota posseduta (percentuale) | Rendita catastale | A uso abitativo del nucleo familiare (2) |
|---|------------------------|-------------------------------|-------------------|--|
| D | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |

(1) F= fabbricati; TA= terreni agricoli; TE= terreni edificabili - (2) indicare l'immobile con una X

Dichiara ancora che il fabbricato – terreno di proprietà è concesso

in locazione a fronte di un canone annuale di affitto pari a € _____

dichiara altresì di avere fatto donazione dei propri beni o di parte di essi al Sig./Sig.ra _____ residente a _____ Via _____, n. _____ - recapito telefonico _____

Dichiara che il proprio nucleo familiare si compone come segue (dichiarante, componenti della famiglia anagrafica, soggetti considerati a carico ai fini IRPEF):

| N. | Cognome | Nome | Luogo e data di nascita | Rel. parentela |
|----|---------|------|-------------------------|----------------|
| D | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |

Dichiara inoltre che nel proprio nucleo familiare sono presenti soggetti con invalidità al 100% ai sensi di legge o disabilità riconosciuta ai sensi della L. 104/92 come segue:

| N. | Cognome | Nome | Invalidità (indicare %) | Indennità accompagnamento | L.104/92 (indicare art. e comma) |
|----|---------|------|-------------------------|---------------------------|----------------------------------|
| D | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |

Informa inoltre che i familiari più prossimi non conviventi (è obbligatoria la compilazione) sono:

| N. | Cognome | Nome | Telefono | Residenza | Rel. parentela |
|----|---------|------|----------|-----------|----------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |

Che il proprio medico curante è il Dott. _____

Che per l'esecuzione delle prestazioni indica il seguente ente accreditato, come da modulo allegato:

Cooperativa _____

Io sottoscritto consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiaro di avere compilato il presente modello di richiesta, e che quanto in essi espresso è vero ed è

accertabile ai sensi dell'articolo 43 del citato DPR n. 445, ovvero documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti.

Dichiaro, altresì, di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'articolo 71 del DPR n. 445 del 2000; che potranno essere eseguiti controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati, da parte della Guardia di finanza, presso gli istituti di credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi degli articoli 4, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e 6, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221, e successive modificazioni; potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata e confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze.

Allega alla presente:

1. fotocopia fronte/ retro documento di identità e del codice fiscale del beneficiario e del richiedente se delegato o rappresentante legale del beneficiario;
2. eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato;

Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili", i seguenti documenti:

1. certificazione ISEE, in corso di validità, rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati;
2. certificazione Barthel;
3. verbale di invalidità e/o L. 104/92;
4. modulo scelta Cooperativa.

Comune di _____, _____

Il Dichiarante
