



in qualità di:

rappresentante legale del richiedente: (specificare se genitore di minore, tutore, curatore, ecc. ....)

persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela .....)

genitore di disabile adulto

**per conto del RICHIEDENTE**

**CHIEDE L'ACCESSO AL BENEFICIO E A TAL PROPOSITO DICHIARA:**

### **CONDIZIONE ISEE**

**Utente inserito in strutture RESIDENZIALI, COMPARTECIPA alla spesa sociale nella misura di :**

Valore ISEE INDIVIDUALE < o uguale a 12.000: la quota di compartecipazione per l'utente è pari a zero , se in possesso dell'indennità di accompagnamento è pari a 10,00 euro/die;

Valore ISEE INDIVIDUALE compreso tra 12.001-15.000: la quota di compartecipazione per l'utente è pari a 10,00 euro/die, se in possesso dell'indennità di accompagnamento si aggiungono i 16,00 euro/die arrivando così ad un totale massimo di euro 26,00;

Valore ISEE INDIVIDUALE compreso tra i 15.001-20.000: la quota di compartecipazione per l'utente è pari a 14,00 euro/die, se in possesso dell'indennità di accompagnamento si aggiungono i 16,00 euro/die arrivando così ad un totale massimo di euro 30,00;

Valore ISEE INDIVIDUALE compreso tra i 20.001 e i 40.000 euro la quota di compartecipazione per l'utente è stabilita fino ad un massimo di 36,00/die (inclusa l'indennità di accompagnamento) in base alla tipologia di struttura e alla relativa tariffa.

**Utente inserito in strutture SEMIRESIDENZIALI, COMPARTECIPA alla spesa sociale nella misura di :**

Valore ISEE INDIVIDUALE < o uguale a 12.000: la quota di compartecipazione per l'utente è pari a 4,00 euro/die;

Valore ISEE INDIVIDUALE compreso tra 12.001-15.000: la quota di compartecipazione per l'utente è pari a 5,00 euro/die

Valore ISEE INDIVIDUALE compreso tra i 15.001-20.000: la quota di compartecipazione per l'utente è pari a 7,00 euro/die

Valore ISEE INDIVIDUALE compreso tra 20.001 e 40.000 la quota di compartecipazione  
abilitata sino ad un massimo di 22,00 euro/die in base alla tipologia di struttura e alla  
iva tariffa.

### CONDIZIONE DI INVALIDITA'

è invalido al 100% con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento

**oppure**

è in possesso del verbale di accertamento dell'invalidità, attestante una percentuale  
rispetto al punto precedente, aggiornato a non più di due anni dal momento della  
anda di accesso al contributo;

**oppure**

è in possesso del verbale dell'INPS ( antecedente a più di due anni) corredato da  
ificazione del medico di medicina generale o dello specialista di struttura pubblica che lo  
n carico, in cui si attesti che l'interessato non presenta un quadro clinico che giustifichi la  
esta di aggravamento;

**oppure**

in possesso della copia dell' istanza di aggravamento all'INPS al momento della  
anda di contributo;

**Allega alla presente:**

la documentazione relativa alla condizione di invalidità di cui ad uno dei punti precedenti

certificazione ISEE.

de essere presentato l'ISEE standard ossia conforme in cui vengono inseriti tutti i dati  
ivi ai componenti del nucleo familiare della persona disabile così come individuato dallo  
o di famiglia, **con l'estrapolazione dell'ISEE individuale** parametrato ai criteri dell'ISEE  
dard e ad esso allegato.

scritto/a, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di  
one di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto dell'art. 76 del DPR 445/2000 e ss.mm.,  
ra sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri.

scritto/a **si impegna a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione** riguardante i dati indicati nel  
te modello.

scritto/a è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette  
oni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero  
amente percepite.

ere a conoscenza, in quanto informato ai sensi dell'art. 13 della legge n. 196/2003 e ss.mm. che i dati acquisiti con la presente  
rtificazione vengono trattati dagli enti interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni connesse all'erogazione della  
economica per la non autosufficienza.

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma)