Mod. A

**Al Dirigente del settore Servizi Sociali**

**del Comune di Torre del Greco**

**Oggetto: Domanda per l’ammissione al BONUS IN FAVORE DELLE PERSONE PERSONE CON DISABILITÁ ANCHE NON GRAVE, CON PRIORITÁ AI MINORI CON DISABILITÁ (ANCHE AUTISTICA) IN ETÁ SCOLARE.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* **diretto beneficiario**
* **genitore/tutore/amministratore di sostegno di:**

**(cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(luogo e data di nascita) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

#### CONSAPEVOLE

che l’erogazione del bonus è rivolto a persone con disabilità accertata ai sensi della normativa di riferimento (l. 104/92) anche non grave, con priorità ai minorenni con disabilità (anche autistica) in età scolare;

#### CHIEDE

la corresponsione del bonus riconosciuto nell’ambito delle misure previste dal “Piano per l’emergenza socio-economica della Regione Campania”

- sul seguente codice IBAN (se titolari di conto corrente)

- sul conto corrente co intestato a: Nome e Cognome Codice Fiscale

IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, e ss.mm.ii. nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con il provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art. 75 del medesimo D.P.R.*

**DICHIARA**

**(mettere x ad una o più delle seguenti condizioni)**

* di essere in possesso di certificazione di disabilità accertata ai sensi della normativa di riferimento (L. 104/92);
* di essere genitore di un minorenne con disabilità (anche autistica) in età scolare certificata da struttura pubblica;
* di essere in possesso di certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell’art. 3 comma 3 della legge 104/92;
* di essere in possesso di attestazione ISEE socio-sanitario pari a €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di non percepire alcun ulteriore trattamento in ragione della condizione di disabilità;
* di essere unico componente del nucleo familiare e di essere privo di sostegno familiare, sociale e relazionale;
* di non essere beneficiario di servizi sociali, sanitari e socio-sanitari a carico del SSN e/o dell’Ambito Territoriale di riferimento, rimasti attivi nonostante l’emergenza da COVID-19.

**DICHIARA INOLTRE**

* di non usufruire di nessuna delle agevolazioni emanate dalla Regione Campania a favore delle persone con disabilità, nell'ambito del Piano per l'Emergenza Socio-Economica di cui alle deliberazioni n. 170 e 171 del 7 aprile 2020;
* di non usufruire di nessuno dei seguenti programmi di assistenza:
  + Programma Home Care Premium;
  + Programma per la Vita Indipendente;
  + Programma “Dopo di Noi” (L. 112/2016);
  + Programma di assegno di cura;
* di essere a conoscenza che, qualora la documentazione richiesta non sia inviata nelle modalità indicate o sia priva dei requisiti richiesti dall’Avviso Pubblico di manifestazione di interesse, l’Ambito Territoriale è titolato a dichiarare inammissibile la domanda;
* di essere a conoscenza dei criteri di priorità di cui all’art. 3 dell’Avviso Pubblico;
* di essere consapevole che tutti i dati personali saranno trattati nel rispetto del GDPR 679/2016 (Reg. UE Codice protezione dei dati personali), ai fini dell’attuazione del presente avviso;
* di aver preso visione delle cause di decadenza e del conseguente recupero del contributo eventualmente erogato da parte dell’Ambito Territoriale, ai sensi dell’art. 6 dell’Avviso Pubblico di manifestazione di interesse.

SI ALLEGA ALLA PRESENTE

- copia documento riconoscimento della persona disabile e del sottoscrittore della domanda;

- copia dell'attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità;

- copia della certificazione L.n. 104/92 o della condizione di autismo.

Data, Firma