



FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

PATTO ASSISTENZIALE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov. _____

Codice fiscale :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

il _____, residente a _____ in via _____

telefono _____ beneficiario/a della misura economica

mensile di € erogata sul FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA ,

In caso di rappresentanza legale (coniuge, tutore, amm. di sostegno, procuratore, etc) o di persona che firma per impedimento a sottoscrivere (art 4 DPR 445/2000) da parte del beneficiario/a

Il/la Sottoscritto/a _____ nata/o a _____ prov _____

il _____, residente a _____ in via _____

telefono _____

Codice fiscale :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

in qualità di:

- rappresentante legale del richiedente _____ (specificare se tutore, amm. Di sostegno etc)
- persona che puo' firmare per impedimento del beneficiario a sottoscrivere _____ (specificare grado di parentela)

SI IMPEGNA A

- 1) utilizzare il contributo per assicurare al beneficiario l'assistenza necessaria con la seguente modalità:

- assistente familiare regolarmente assunta
 - acquisto di prestazioni da cooperativa o altro soggetto fornitore
 - direttamente assumendosi la responsabilità di cura e mantenimento
- 2) in caso di assistenza fornita da terzi a supervisionare l'attività prestata;

E' A CONOSCENZA CHE

- l'intervento in oggetto è incompatibile con forme di ricoveri residenziali ad esclusione dei ricoveri di sollievo non superiori a 45 giorni anche non consecutivi e non è cumulabile con altre misure di sostegno al mantenimento a domicilio (Fondo Regionale disabili gravissima, Vita Indipendente, altre eventuali analoghe misure);
- eventuali contributi erogati dal Comune di residenza potranno essere decurtati dell'importo del beneficio;
- **l'ISEE, presentato in allegato alla domanda ha scadenza annuale e pertanto va rinnovato e presentato ai servizi sociali del comune di residenza, pena la sospensione del beneficio, entro il mese di febbraio di ogni anno;**
- il Distretto sociosanitario competente si riserva di verificare, nei modi consentiti dalla legge ed avvalendosi anche di Autorità esterne, la veridicità delle dichiarazioni presentate;
- qualora vengano meno le condizioni che costituiscono il presupposto per l'attribuzione del contributo economico, la sua corresponsione è interrotta e si potrà procedere al recupero di quanto indebitamente percepito;
- le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata comunicazione delle predette variazioni comportano, in ogni caso, l'applicazione delle sanzioni di legge, di cui all'art.76 del DPR 445/2000 e ss.mm., nonché il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite;
- i dati acquisiti con la presente autocertificazione vengano trattati dagli enti interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni connesse all'erogazione del contributo di solidarietà per la disabilità in quanto informato ai sensi dell'art. 13 della legge n. 196/2003 e ss.mm;

Il/la sottoscritta/o autorizza al trattamento dei dati personali raccolti, anche con strumenti informativi, nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa, ai sensi del dec.le.vo 196/2003 e s.mm.e.ii

Per erogazione del contributo in oggetto chiede accredito su :

- C/C bancario o postale

Denominazione della Banca o Banco Posta _____

(indicare l'agenzia o ufficio postale) _____

Codice IBAN:

CIN ABI CAB numero del conto

□□	□□	□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□□□□□□□□□□□
----	----	---	--------	--------	------------------

assegno circolare

NB Se l'intestatario del conto corrente o dell'assegno circolare è diverso dal beneficiario è necessario allegare apposita delega e specificare :

Intestato a _____ residente in
_____ Via _____

Codice fiscale _____

NOTA BENE: il pagamento può essere eseguito solo con versamento su conto corrente bancario o postale

Letto, confermato e sottoscritto

Il beneficiario o il Legale Rappresentante/Il familiare/congiunto/legale

DATA.....

Per il Comune

DATA.....