|  |  |
| --- | --- |
|  | CITTà DI MANOPPELLO (PE) |
| LOGO_AMBITO_17 | (Titolo concesso con D.P.R. del 13 luglio 2004 – C.C. n. 49/2004) |
| Via Salvo D’Acquisto, 1 – C.A.P. 65024 |
| P. IVA 00947010682 - C.F. 81000530683 |
| ecad.sociale17@gmail.com – PEC: ecad.montagnapescarese@legalmail.it |
| Tel.: 0858590003 – Fax: 0858590895 |

|  |
| --- |
| *UFFICIO DI PIANO ENTE D’AMBITO SOCIALE DISTRETTUALE N. 17 “MONTAGNA PESCARESE”* |

|  |
| --- |
| **Modulo per la richiesta di prestazioni/servizi assistenziali e socio-sanitari  per i Cittadini in stato di bisogno residenti nei Comuni dell’ADS n. 17 *“Montagna Pescarese”*** |

**Alla cortese attenzione:**

1. **Ufficio Servizi Sociali Comune di ………………………………………**

SEDE del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**Ufficio di Piano ECAD 17**

**C.so Santarelli n. 46, 65024 Manoppello (PE)**

**Scheda di accesso al servizio trasporto sociale ADS 17 Montagna Pescarese da rinviare all’attenzione di Massimiliano Esposito alla mail:** [**ecad.sociale17@gmail.com**](mailto:ecad.sociale17@gmail.com)

|  |
| --- |
| **DATI ANAGRAFICI DEL DICHIARANTE** |
| Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  nato/a il □□/□□/□□□□ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel/Cell\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  E‐ mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di (specificare se genitore o altro familiare, tutore, amministratore di sostegno o altro autorizzato) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  presenta la domanda per l’erogazione del servizio in favore di: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

A tale fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’ art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e successive modificazioni ed integrazioni,

**DICHIARA**

|  |
| --- |
| **DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO DEL RICHIEDENTE IL SERVIZIO** |
| Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il □□/□□/□□□□ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROV. (\_\_\_\_) Codice Fiscale          |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|  residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel/Cell\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E‐mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (se titolare di Permesso di soggiorno in corso di validità indicare la data di scadenza □□/□□/□□□□)  Stato civile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Se soggetto disabile indicare il livello di disabilità:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CATEGORIE** | **DISABILITA’ MEDIA** | **DISABILITA’ GRAVE** | **DISABILITA’ GRAVISSIMA** |
| Minori di età: | □ minori di età con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età (L.118/71, art.2 – diritto all’indennità di frequenza) | □ minori di età con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età e in cui ricorrano le condizioni di cui alla L. 449/1997, art. 8 o della L. 388/2000, art. 30) | □ minori di età con diritto all’indennità di accompagnamento (L. 508/88, art.1) |
| □ Di età compresa tra i 18 e i 67 anni: | □ Invalidi dal 67% al 99% (D. Lgs. 509/88) | □ Inabili totali (100%) (L. 118/71, artt. 2 e 12) | □ cittadini di età compresa tra 18 e 67 anni con diritto all’indennità di accompagnamento (L. 508/88, art.1, comma 2, lettera b) |
| Ultrasessantasettenni: | □ ultrasessantasettenni con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età – invalidità dal 67% al 99% (D. Lgs. 124/98, art.5, comma 7) | □ ultrasessantasettenni con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età – inabilità al 100% ( D. Lgs. 124/98, art.5, comma 7) | □ ultrasessantasettenni con diritto all’indennità di accompagnamento (L. 508/88, art.1) ALTRO (specificare) |
| ALTRO (specificare Ciechi Civili, Sordi Civili….) | □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

**Situazione occupazionale:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Professione: | □ disoccupato/a | □ pensionato/a | □ studente | □ lav. dipendente | □ lav. Autonomo |
| □ lav. stagionale | □ casalinga | □ altro (NASPI, Cassa Integrazione, Mobilità): …………………………………………………………………………………….. | | |
| Se soggetto pensionato indicare il tipo di pensione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **UTENTE RDC/REDDITO DI INCLUSIONE/IN FORMAZIONE LAVORO/ALTRO** (specificare):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data attivazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data cessazione (se prevista) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |

**Situazione reddituale:**

|  |
| --- |
| **Attestato ISEE in corso di validità** del richiedente/beneficiario (optare in relazione alla tipologia di servizio richiesto):  □ ISEE Ordinario: €. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □ ISEE Sociosanitario: €. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □ ISEE corrente: €. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □ ISEE residenze: €. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □ ISEE Minorenni: € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE ANAGRAFICO DEL BENEFICIARIO (Indicare i dati di tutti i componenti del nucleo anagrafico escluso il beneficiario)** | | | | |
| **GRADO DI PARENTELA** | **COGNOME** | **NOME** | **DATA DI NASCITA** | **PROFESSIONE** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **SVANTAGGIO E SITUAZIONE ABITATIVA DEL RICHIEDENTE BENEFICIARIO (del beneficiario e suo nucleo familiare)** | | | | |
| Nel nucleo familiare sono presenti n. ………. soggetti con disabilità permanente o invalidità del ............%  Il nucleo familiare risiede in alloggio:  □ di proprietà (specificare, se gravato da mutuo, l’importo: …………………………………)  □ in locazione (specificare l’importo del canone mensile: ……………………………………)  □ in alloggio di edilizia residenziale pubblica (specificare l’importo del canone mensile: ……………………………)  □ in uso gratuito | | | | |

I membri del proprio nucleo familiare posseggono/non posseggono altri immobili ad uso abitativo oltre a quello di residenza (cancellare la voce che non interessa).

**Negli ultimi due anni il nucleo familiare anagrafico del beneficiario ha usufruito:**

|  |
| --- |
| **INTERVENTI GIA’ EROGATI O IN CORSO DI EROGAZIONE** |
| □ assegni per la disabilità e la disabilità gravissima (FNA): ……………………………………………………………………………………..  □ interventi per la vita indipendente (specificare): …………………………………………………………………………………………………  □ dei seguenti contributi di assistenza economica di base comunali:  ο utenza domestica;  ο mensilità affitto; ο deposito cauzionale;  ο buono spesa;  ο spesa medica; ο buono pasto;  ο integrazione retta nido/centro infanzia; ο integrazione retta mensa scolastica;  □ dei contributi dello Stato:  ο reddito di cittadinanza (importo: € ……………………………);  ο reddito di inclusione (importo: € ……………………..); ο carta acquisti (importo €…………………..); ο bonus famiglia (es. bonus nido);  ο assegni maternità;  ο assegni nucleo familiare; ο agevolazioni tariffe elettricità/gas/acqua;  □ dei contributi regionali per la famiglia (es.: contributi L.R. 95/95): ……………………………………..………………  □ dei contributi regionali per la casa (es.: contributo affitto, morosità incolpevole, buono casa): ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  □ di altri contributi (specificare) ………………………………………………………………….........………………………..........................  …………………………..…………………………………………………………………………………………………………………..……………………………..  □ di nessun contributo economico; |

**Rete parentale presente:**

|  |
| --- |
| **PARENTI TENUTI AGLI ALIMENTI NON CONVIVENTI** (art. 433 e seguenti del C.C.) (figli, genitori, nonni non appartenenti al nucleo anagrafico: indicare nome e cognome, grado di parentela, data e luogo di nascita, residenza e recapito telefonico) |
| 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   □ Non vi sono parenti tenuti agli alimenti non conviventi  □ Altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Intervento richiesto con la presente domanda:**

□ La presente dichiarazione è resa dal dichiarante in nome e per conto del richiedente minorenne o incapace (barrare questa casella se ricorre il caso e completare i dati di seguito indicati).

|  |
| --- |
| **INTERVENTI PER LA DISABILITA’ E INTERVENTI PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI** |
| □ **Trasporto socio‐assistenziale disabili** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **beneficario** | **Luogo partenza** | **Luogo arrivo** | **specificare** | **Numero viaggi settimanali** |
|  |  |  | □ solo andata  □ solo ritorno  □ andata e ritorno |  |

**Il sottoscritto dichiara altresì:**

□ di essere a conoscenza che, nel caso di erogazione di una prestazione sociale agevolata, saranno eseguiti controlli puntuali e/o a campione, a norma del D.P.R. n. 445/2000, per accertare la veridicità delle informazioni fornite e saranno effettuate anche confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze, degli Istituti di credito e di altri enti intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare;

□ di aver preso visione della seguente informativa sulla privacy: Informativa breve sulla privacy

|  |
| --- |
| La procedura inerente la presente richiesta comporta il trattamento dei dati personali degli istanti da parte dell’Ente concedente il beneficio. Tale trattamento è finalizzato allo svolgimento del procedimento per l’erogazione del/i servizio/i richiesto/i, nell’ambito delle attività che i Comuni e l’Ambito sociale predispongono nell’interesse pubblico e nell’esercizio dei pubblici poteri. Il trattamento è effettuato con modalità manuali e informatiche. Il conferimento dei dati è obbligatorio per lo svolgimento del procedimento amministrativo e il mancato conferimento comporta l’annullamento del procedimento per impossibilità a realizzare l’istruttoria necessaria. I dati raccolti sono quelli forniti dal dichiarante con il presente modulo e quelli acquisiti dai portali telematici a disposizione dei Comune e dell’Ambito sociale. I dati saranno elaborati dal personale, che agisce sulla base di specifiche istruzioni. I dati possono essere comunicati all’esterno a soggetti nominati responsabili del trattamento per svolgere il servizio e ai soggetti che ne abbiano interesse ai sensi della Legge 241/1990 e s.m.i. e per l’adempimento degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni ai sensi del D.Lgs. 33/2013. Il dichiarante può esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Reg. UE 679/2016: www.garanteprivacy.it. Il Comune e l’Ambito sociale sono i titolari del trattamento dei dati. L’informativa completa e i dati di contatto del RPD sono disponibili presso il sito internet del Comune o presso gli appositi uffici. |

□ di autorizzare il Comune e l’Ambito distrettuale sociale Montagna Pescarese a visionare il modello I.S.E.E. nella piattaforma INPS;

□ di non autorizzare il Comune e l’Ambito distrettuale sociale Montagna Pescarese a visionare il modello I.S.E.E. nella piattaforma INPS e di allegare modello I.S.E.E. in corso di validità alla presente domanda.

Si allega al presente documento d’identità in corso di validità e inoltre (barrare le caselle):

□ (se ricorre il caso) permesso di soggiorno in corso di validità;

□ (se ricorre il caso) autocertificazione di titolarità di pensione di invalidità/indennità di accompagno;

□ (se ricorre il caso) dichiarazione di possesso di immobili;

□ (se ricorre il caso) certificazione o autocertificazione dei redditi dei parenti tenuti agli alimenti (figli, genitori, nonni) non conviventi;

□ altro (certificazione disabilità, invalidità, ecc.): …………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………, ……….…………….               FIRMA\*

       luogo                        data

…………………………………………………………………

***\*Nota sulla firma della domanda***

*Ai sensi dell’art. 38 del D.P.R. 445/2000 la firma delle istanze da presentare agli organi dell’Amministrazione Pubblica non è soggetta ad autenticazione quando è apposta in presenza del dipendente addetto o quando la domanda è presentata unitamente ad una copia fotostatica di un documento di identità del cittadino che firma la domanda.*

***ALLEGATI:***

* ***Certificato invalidità o disabilità in corso di validità***
* ***Documento identità in corso di validità***
* ***ISEE ordinario del nucleo familiare***
* ***Copia di eventuale nomina del tutore del beneficiario***