



ALLEGATO A

PIANO PER L'EMERGENZA SOCIO-ECONOMICA COVID-19 DELLA REGIONE CAMPANIA
DGR N. 170 del 7 aprile 2020 -DGR N. 171 del 7 aprile 2020
MODALITÀ ATTUATIVE DELLE MISURE CORRELATE ALLE POLITICHE SOCIALI

MISURA 8 - MISURA: BONUS RIVOLTI ALLE PERSONE CON DISABILITÀ NON COPERTE DAL FNA

Istanza di partecipazione

Il sottoscritto

Nome cognome _____

Genere F/M _____

Codice Fiscale _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza via _____

CAP _____ Città _____ PR _____

Recapiti (cellulare/ fisso) _____

Mail o Pec _____

Genitore/tutore del minore/ amministratore di sostegno

Nome cognome _____

Codice Fiscale _____

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 intestato a: Nome e Cognome _____ Codice Fiscale _____

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

Ufficio di Piano Ambito S02 – Sede Legale Palazzo di Città, Piazza Abbro 84013 Cava de' Tirreni (SA)



non veritiere, ai sensi dell'art. 75 del medesimo D.P.R.

DICHIARA

di essere in possesso di certificazione di disabilità accertata ai sensi della normativa di riferimento (L. 104/92);

di essere genitore di un minore 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 manifestazione di interesse;

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 della informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 9 dell'Avviso Pubblico di manifestazione di interesse e di prestare esplicito consenso;

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.

ALLEGA:

Attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità



- Documento di riconoscimento valido
- Fotocopia del Codice Fiscale del dichiarante
- Fotocopia leggibile del codice IBAN
- Fotocopia certificato di disabilità (legge 104/92)

Firma
Nome e cognome