



Comuni di: Bagaladi, Bova, Bova Marina, Cardeto, Condofuri, Melito di Porto Salvo, Montebello Jonico, Motta San Giovanni, Roccaforte del Greco, Roghudi, San Lorenzo

Inserire logo Comune capofila

FORMAT ALLEGATO 1

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE ~~D~~-N. 4

Comune capofila: Melito di Porto Salvo

PR Calabria FESR-FSE+ 2021-2027

Priorità 4INCL – OS ESO4.12 – Azione 4.I.1

AVVISO PUBBLICO

per la presentazione delle domande di accesso al
***Buono servizio per il contrasto alla povertà attraverso l'accesso
ai servizi e alle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale***

Annualità 2026

DOMANDA DI ACCESSO AL BUONO SERVIZIO

ha formattato: Tipo di carattere: (Predefinito)
Garamond, 11 pt, Corsivo, Colore carattere: Nero

Formattato: Allineato al centro, SpazioDopo: 6,45 pt,
Tabulazioni: 1,75 cm, Allineato al centro + 4,97 cm,
Allineato al centro + 8,18 cm, Allineato al centro +
11,35 cm, Allineato al centro + 14,41 cm, Allineato al
centro

Formattato: Normale, Allineato a sinistra

Formattato: Allineato a sinistra

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO RICHIEDENTE

Dichiarazione sostitutiva di notorietà resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,
e successive modifiche e integrazioni.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

1. Dati del Richiedente

COGNOME	
NOME	
CODICE FISCALE	
IN QUALITÀ DI (specificare)	<i>Destinatario del buono servizio / Esercente potestà genitoriale / Tutore / Amministratore di sostegno/Delegato</i>
DATA DI NASCITA	
PROVINCIA DI NASCITA	
COMUNE DI NASCITA	
SESSO	
TELEFONO O CELLULARE	
INDIRIZZO E-MAIL	
PEC	
CITTADINANZA	
INDIRIZZO DI RESIDENZA	
INDIRIZZO DI DOMICILIO	

2. Dati del Destinatario del Buono

Compilare questa sezione con i dati della persona per la quale si richiede il Buono (può coincidere con il richiedente).

COGNOME	
NOME	
CODICE FISCALE	
DATA DI NASCITA	
PROVINCIA DI NASCITA	

COMUNE DI NASCITA	
SESSO	
TELEFONO O CELLULARE	
INDIRIZZO E-MAIL	
CITTADINANZA	
INDIRIZZO DI RESIDENZA	
INDIRIZZO DI DOMICILIO	
TITOLO DI STUDIO	Licenza elementare/Licenza media/Titolo di istruzione secondaria di II grado/Diploma di istruzione secondaria di II grado/Qualifica post diploma/Diploma di tecnico superiore/Laurea di I livello/ Laurea magistrale/ Dottore di ricerca
CONDIZIONE OCCUPAZIONALE	In cerca di prima occupazione/Occupato/Disoccupato/Inattivo/Studente/Disoccupato oltre 12 mesi
PRESENZA DI DISABILITA	☐ SÌ ☐ NO

N.B. Ogni nucleo familiare può presentare una sola domanda di Buono Servizio per ogni componente che ne faccia parte (un solo servizio, diurno o domiciliare o residenziale). Il Buono Servizio è personale e non cedibile.

3. Dati del Nucleo Familiare

VALORE ISEE IN CORSO DI VALIDITÀ (euro)	ISEE Ordinario o ISEE socio-sanitario ove disponibile e applicabile
EVENTUALI ALTRE DOMANDE TRASMESSE PER IL PRESENTE AVVISO PER ALTRI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE	Indicare codice fiscale per ciascun destinatario (replicare le righe se necessario)
CARICHI FAMILIARI	Indicare il numero dei componenti il nucleo familiare incluso il destinatario del Buono

N.B. L'ISEE del nucleo familiare deve essere in corso di validità alla data di presentazione della domanda. Il valore ISEE dichiarato non deve essere superiore a € 25.000. Il valore ISEE è autodichiarato in sede di presentazione della domanda sulla base dei dati certificati dall'INPS; la domanda è presentabile solo dopo che il nucleo familiare abbia provveduto a presentare apposita DSU e abbia ottenuto la relativa attestazione INPS recante numero di protocollo.

4. Chiede

Di partecipare all'Avviso in oggetto e di essere ammesso/a al Buono Servizio per l'annualità 2026, destinato a coprire la quota pubblica di compartecipazione alla retta ai sensi della D.G.R. n. 72/2024 per il seguente servizio/struttura:

Comunità alloggio per anziani	☐
Comunità accoglienza per adulti in difficoltà	☐
Casa di riposo per anziani	☐
Comunità alloggio per persone con disabilità	☐
Comunità alloggio per persone con disabilità mentale	☐
Casa famiglia per persone con disabilità grave	☐
Centro Diurno per minori	☐
Centro Diurno per minori con disabilità	☐
Centro Diurno per anziani	☐
Centro Diurno per persone con disabilità mentale	☐
Centro Diurno per persone con disabilità	☐

5. Dichiaro

N.	Dichiarazione	✓
1	Che il destinatario è residente nel territorio dell'ATS di [] alla data di presentazione della domanda;	☐
2	Che il destinatario appartiene a un nucleo familiare con ISEE in corso di validità non superiore a euro 25.000;	☐
3	Che il destinatario è in possesso di certificazione di disabilità;	☐
4	Che il destinatario è in possesso di un Progetto Individualizzato (PI) in corso di validità, elaborato dall'équipe multidisciplinare dell'ATS di residenza	☐
5	Che il destinatario non beneficia, per il medesimo periodo, di contributi o voucher aventi la medesima finalità del presente Avviso e non cumulabili con esso;	☐
6	Di aver preso visione dell'Avviso pubblico <i>Buono servizio per il contrasto alla povertà attraverso l'accesso ai servizi e alle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale</i> e di accettarne integralmente, senza riserva alcuna, tutte le condizioni;	☐
7	Di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), e di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali per i fini indicati nella stessa;	☐
8	Di accettare che il diritto al Buono Servizio si costituisce e si perfeziona esclusivamente al momento dell'inserimento nella graduatoria e che la spesa è ammissibile a decorrere dal 1° gennaio 2026 e per un periodo massimo di 12 mesi, nei limiti delle effettive presenze attestabili mediante i registri presenze;	☐
9	Che le dichiarazioni rese nella presente domanda sono veritiere, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.	☐

6. Allega alla Domanda

Documento allegato	Obbligatorio
Attestazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità	Sì
Attestazione ISEE socio-sanitario	<i>Se applicabile</i>
PI (progetto individualizzato) o documentazione equivalente rilasciata dai servizi sociali del Comune competente, attestante la condizione di bisogno e la presa in carico	Sì
Certificato redatto dal Medico di base o Specialista che ne attesti la compatibilità con il percorso assistenziale richiesto	Sì
Attestazione della condizione di disabilità	<i>Se applicabile</i>
Decreto di nomina del giudice tutelare in caso di soggetti inabili	<i>Se applicabile</i>
Delega (secondo il format allegato 2)	<i>Se applicabile</i>
Modello OBisM (Certificato di Pensione) e la Dichiarazione sostitutiva di certificazione, resa ai sensi degli artt. 45 e 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, nella quale dovranno essere indicate tutte le pensioni e le indennità percepite a qualsiasi titolo oltre ad ogni altro reddito.	<i>Se applicabile</i>
Copia del documento di identità in corso di validità del destinatario delle prestazioni e del delegato alla presentazione della domanda	Sì
Codice Fiscale del richiedente e del destinatario del Buono	Sì
Fatture o altra documentazione fiscalmente valida, debitamente quietanzata, emessa dal soggetto erogatore del servizio	<i>Solo nell'ipotesi di rimborso di prestazioni già fruite</i>
Attestazione di effettiva fruizione del servizio, sottoscritta dal referente/delegato del nucleo familiare e dal soggetto gestore	<i>Solo nell'ipotesi di rimborso di prestazioni già fruite</i>
IBAN intestato o cointestato al componente del nucleo familiare richiedente il rimborso	<i>Solo nell'ipotesi di rimborso di prestazioni già fruite</i>

Luogo e data _____

Il/La Richiedente