

**Al Signor Sindaco del Comune di  
Santa Maria di Licodia**

**Domanda per l'assegnazione di Voucher di servizio finalizzati all'abbattimento dei  
costi dei servizi domiciliari alla persona**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a Santa Maria di Licodia (CT)

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

domiciliato a (indicare se diverso dall' indirizzo di residenza) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**RICHIEDE**

l' assegnazione del voucher per l' abbattimento dei costi dei servizi domiciliari alla persona.

A tale fine dichiara:

a) di essere in possesso di:

- cittadinanza italiana

oppure

- cittadinanza di uno stato membro dell' U.E.

oppure

- (per i soggetti extra-comunitari) permesso di soggiorno

b) di essere residente nel territorio della Regione siciliana da almeno un anno dalla data di presentazione dell' istanza;

c) che l' I.S.E.E. del proprio nucleo familiare è pari a € \_\_\_\_\_ ;

d) che il proprio nucleo familiare è composto di n. \_\_\_\_\_ unità, compreso il dichiarante, di cui ;

- n. \_\_\_\_\_ figli minori fino a dodici anni compiuti
- n. \_\_\_\_\_ anziani (di età non inferiore ai 65 anni) non autosufficienti
- n. \_\_\_\_\_ disabili
- n. \_\_\_\_\_ malati cronici non autosufficienti e/o malati terminali

e) che il proprio stato civile è:

- libero/a
- coniugato/a - convivente
- divorziato/a - separato/a
- vedovo/a
- capofamiglia di nucleo monoparentale

f) di voler acquisire servizi domiciliari rientranti nelle tipologie di seguito indicate per:

- figli minori di 12 anni compiuti
- anziani (di età non inferiore ai 65 anni) non autosufficienti
- disabili
- malati cronici non autosufficienti e/o terminali

Chiede, inoltre, che il voucher di servizio venga erogato mediante bonifico bancario alle seguenti coordinate bancarie:

c/c bancario n. \_\_\_\_\_

intestato a \_\_\_\_\_

IBAN

CIN \_\_\_\_\_ codice ABI \_\_\_\_\_ codice C A B \_\_\_\_\_

Banca \_\_\_\_\_

agenzia di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

A tale scopo allega la seguente documentazione:

- autocertificazione della residenza;
- nel caso di cittadini stranieri, certificazione, rilasciata dalle autorità competenti, che attesti il permesso di soggiorno;
- autocertificazione attestante lo stato di famiglia, dal quale risulti che la persona accudita sia parente fino a I 3° grado (come da prospetto in nota, ai sensi degli artt. dal 74 al 78 del codice civile);
- autocertificazione attestante l' impegno di cura nel caso di assistiti non autosufficienti, disabili o con gravi problemi di salute (tale autocertificazione verrà sostituita, all' atto dell'attribuzione del voucher dalla certificazione rilasciata dalla ASP o dagli enti competenti, pena la revoca del finanziamento);
- attestato dell' indicatore I.S.E.E. in corso di validità, rilasciato dagli uffici abilitati;
- copia del contratto di lavoro dell'assistente familiare/baddnte/colf, stipulato in applicazione del C.C.N.L. di comparto, con regolare corresponsione delle spettanze retributive, previdenziali e assistenziali;
- copia della ricevuta del pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali, relativa all' importo effettivamente versato in ragione delle ore lavorate nell' arco del trimestre trascorso;
- fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente, ai sensi degli artt. 36 e 38 del D.P.R. n . 445/2000.

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Firma del/la richiedente**

ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n . 445

(allegare la fotocopia di un documento di identità sottoscritta in originale)

\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere a conoscenza che i dati contenuti nella presente domanda:

- saranno utilizzati per il rimborso del contributo "voucher"
- verranno trattati nel rispetto D.lgs. n . 196/03 del 30 giugno 2003,

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del/la richiedente

\_\_\_\_\_