

Oggetto: Richiesta di accesso al sostegno economico sostitutivo in favore di soggetti ex L.104/92 per trasporto presso centri di riabilitazione Anno 2025

Soggetto richiedente

Sig./ra _____ nato/a a _____ il _____
residente in Ficarazzi Via _____ n. _____ codice fiscale _____
tel _____ cell. _____ e-mail _____

CHIEDE

per se stesso/a

ovvero in qualità di

genitore/legale rappr. (allegare decreto di nomina)/tutore/amministratore sostegno/curatore/altro _____ di

Soggetto beneficiario

Sig./ra _____ nato/a a _____ il _____
residente in Ficarazzi Via _____ n. _____ codice fiscale _____
tel _____ cell. _____ e-mail _____

di poter accedere al sostegno economico sostitutivo in favore di soggetti di cui alla L. 104/92, per il servizio di trasporto presso i centri di riabilitazione per l'Anno 2025.

Nel caso di soggetto, riconosciuto disabile medio di cui alla L. 104/92 art. 3 c.1,

Dichiara

-che il beneficiario non ha raggiunto la maggiore età;

-che il nucleo familiare di riferimento ha un ISEE di €

Consapevole, inoltre, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi degli artt. 47, 75 e 76 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000

DICHIARA

a) di non fruire a titolo gratuito del servizio di trasporto da parte di Enti, Organizzazioni etc, sia pubblici che privati;

b) di non aver presentato analoga richiesta o ricevuto alcun contributo allo stesso titolo da parte di Enti pubblici o privati per l'anno in cui si chiede il contributo;

c) che le copie dei documenti allegati alla presente, sono conformi agli originali.;

d) di essere consapevole:

-che l'erogazione del beneficio sarà disposta compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili;

-che per le richieste presentate nel corso del 2025 il beneficio sarà riconosciuto a decorrere dalla data successiva e non sarà retroattivo;

-che nel caso di contemporanea frequenza del centro di altro familiare, sarà riconosciuto un solo beneficio.

Infine, per le finalità connesse all'erogazione del beneficio previsto comunica le seguenti modalità di pagamento:

a) con quietanza dello stesso richiedente ovvero con quietanza di _____ nato a _____ il _____ CF _____

b) con bonifico bancario estremi C. IBAN _____;

A tal fine, allega:

- certificazione attestante la disabilità grave ex L.104/1992 art. 3 c.3 ovvero la disabilità media art. 3 c.1 o la disabilità transitoria per cui necessitano terapie specifiche. Le attestazioni medico legali per l'accesso al servizio, di cui sopra, possono essere sostituite dal verbale della Commissione integrata (legge 4 aprile 2012 n.35);

- copia del piano riabilitativo rilasciato dal Centro/Istituto indicante il numero di ingressi settimanali previsti;

- copia del documento di riconoscimento del richiedente e del portatore di handicap;

- eventuali altri documenti richiesti dai Servizi Sociali;

Per i soli soggetti affetti da disabilità riconosciuta ai sensi della L.104/92 art.3 c.1 occorrerà allegare anche l'ISEE in corso di validità.

Autorizza, infine, l'Ufficio Servizi Sociali, nei limiti previsti dalla legge, al trattamento dei dati personali, propri e dell'assistito disabile grave, compresi quelli sensibili, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 DLgs. n.196/2003 e smi, concernente la "tutela della persona rispetto al trattamento dei dati personali", e del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento EU e del Consiglio, per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Amministrazione.

L'interessato può far valere nei confronti dell'Amministrazione i diritti ex art.7 esercitato ai sensi degli artt.8,9 e 10 del DLgs. n.196/2003 e smi.

Lo/La stesso/a s'impegna a comunicare ogni variazione della condizione appena dichiarata.

Ficarazzi, _____

Firma dell'utente o di chi ne fa le veci