

## FORMAT ALLEGATO 1

### AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI LAMEZIA TERME

Comune capofila: Lamezia Terme

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

## 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       | <i>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</i> |

**CONDIZIONE OCCUPAZIONALE**

In cerca di prima  
occupazione/Occupato/Disoccupato/Inattivo/Studente/Disoccupato  
oltre 12 mesi

**PRESENZA DI DISABILITÀ**

☐ 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                        | <input type="checkbox"/> |
| Comunità accoglienza per adulti in difficoltà        | <input type="checkbox"/> |
| Casa di riposo per anziani                           | <input type="checkbox"/> |
| Comunità alloggio per persone con disabilità         | <input type="checkbox"/> |
| Comunità alloggio per persone con disabilità mentale | <input type="checkbox"/> |
| Casa famiglia per persone con disabilità grave       | <input type="checkbox"/> |
| Centro Diurno per minori                             | <input type="checkbox"/> |
| Centro Diurno per minori con disabilità              | <input type="checkbox"/> |
| Centro Diurno per anziani                            | <input type="checkbox"/> |
| Centro Diurno per persone con disabilità mentale     | <input type="checkbox"/> |
| Centro Diurno per persone con disabilità             | <input type="checkbox"/> |

### 5. Dichiaro

| N. Dichiarazione |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ✓                        |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1                | Che il destinatario è residente nel territorio dell'ATS di Lamezia Terme alla data di presentazione della domanda;                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> |
| 2                | Che il destinatario appartiene a un nucleo familiare con ISEE in corso di validità non superiore a euro 25.000;                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> |
| 3                | Che il destinatario è in possesso di certificazione di disabilità;                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> |
| 4                | Che il destinatario è in possesso di un Progetto Individualizzato (PI) in corso di validità, elaborato dall'équipe multidisciplinare dell'ATS di residenza                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> |
| 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;                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> |
| 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;                                                         | <input type="checkbox"/> |
| 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;                                                                                        | <input type="checkbox"/> |
| 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; | <input type="checkbox"/> |
| 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.                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> |

## 6. Allega alla Domanda

| Documento allegato                                                                                                                                                                                                                                                                              | Obbligatorio                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Attestazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità                                                                                                                                                                                                                                     | Sì                                                      |
| Attestazione ISEE socio-sanitario                                                                                                                                                                                                                                                               | Se applicabile                                          |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                     | Se applicabile                                          |
| Decreto di nomina del giudice tutelare in caso di soggetti inabili                                                                                                                                                                                                                              | Se applicabile                                          |
| Delega (secondo il format allegato 2)                                                                                                                                                                                                                                                           | Se applicabile                                          |
| 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. | Se applicabile                                          |
| 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                                                                                                                                                                          | Solo nell'ipotesi di rimborso di prestazioni già fruite |
| Attestazione di effettiva fruizione del servizio, sottoscritta dal referente/delegato del nucleo familiare e dal soggetto gestore                                                                                                                                                               | Solo nell'ipotesi di rimborso di prestazioni già fruite |
| IBAN intestato o cointestato al componente del nucleo familiare richiedente il rimborso                                                                                                                                                                                                         | Solo nell'ipotesi di rimborso di prestazioni già fruite |

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

## II/La Richiedente

---