

**DOMANDA PER L' ASSEGNAZIONE DI INTERVENTI DI CARATTERE UNA TANTUM A  
SOSTEGNO DELLA FRAGILITA' FAMILIARE DEI CITTADINI DEL COMUNE DI MARCHENO****PERIODO 22 OTTOBRE – 19 NOVEMBRE 2024 (entro le ore 12.00)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

carta d'identità n° \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_

permesso di soggiorno n° \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_

CHIEDE IL SEGUENTE AIUTO:

**- CONTRIBUTO AI CAREGIVER FAMILIARI**

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA CHE**

la composizione del nucleo familiare è la seguente:

Grado di parentela	Nome e cognome	Data di nascita	Professione

Che il valore **ISEE SOCIO-SANITARIO** in corso di validità è pari a € \_\_\_\_\_ con scadenza il \_\_\_\_\_;**DICHIARA INOLTRE**

- ☐ che il cittadino maggiorenne è in situazione di handicap grave ai sensi della legge 104 art.3 comma. 3 oppure riconosciuto Invalido civile all' 80% (allegare copia certificazione);
- ☐ che nessun componente del nucleo è inserito in un servizio residenziale afferente alla rete sociosanitaria e/o socioassistenziale dell'area Anziani e/o Disabilità;

- ☐ che nessun componente del nucleo frequenti istituti formativi /scuole secondarie di secondo grado;
- ☐ che nessun componente del nucleo è beneficiario della misura di Sostegno alla Non autosufficienza di Regione Lombardia per l'anno 2024 misure: B1 o B2 o altri contributi legati a garantire sostegno alla domiciliarità e/o alla vita indipendente e autonoma;
- ☐ che il nucleo non sia già beneficiario del bonus di sostegno all'handicap di Regione Lombardia.

Di essere a conoscenza che il Comune di Marcheno, ai sensi del D.P.R. 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del medesimo D.P.R., il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti;

Comunica i seguenti dati per l'accredito dell'eventuale beneficio economico derivante dal Bando:

Conto Corrente n. \_\_\_\_\_ intestato a \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Banca \_\_\_\_\_ Agenzia di \_\_\_\_\_

codice IBAN \_\_\_\_\_ (obbligatorio)

**ALLEGATI DA PRODURRE:**

- Attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità;
- Copia carta identità del richiedente;
- Copia del permesso di soggiorno in corso di validità di tutti i componenti il nucleo familiare;
- certificazione attestante la condizione di disabilità (certificazione di disabilità, verbale di invalidità civile)

***Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati di cui sopra.***

Luogo e data

In fede

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La presente domanda equivale ad autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000 per le attestazioni contenute.  
Si autorizza il trattamento dei dati personali ai soli fini del procedimento di assegnazione del beneficio richiesto.

Luogo e data

In fede

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_