**Contributo per sostegno alle spese di iniziative giornaliere con supporto di attività assistenziale per le vacanze destinate a ragazzi (dai 14 anni), adulti ed anziani con disabilità - Anno 2020**

Comune di Santa Maria a Vico

*IL PERIODO DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE INTERCORRE* ***dall’ 11 al 31 Agosto 2020***

 **RICHIEDENTE**

Il/La sottoscritto/a

|  |
| --- |
| Cognome e Nome |
| Nato/a a | Il | Residente a: |
| Indirizzo e numero civico | Provincia | CAP |  |
| CODICE FISCALE | Recapiti telefonici |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 Nel caso in cui il richiedente sia persona diversa dal beneficiario del contributo, compilare la parte che segue:

|  |
| --- |
| Nella sua qualità di:O genitoreO esercente la potestà genitorialeO altro specificare **di (nelle caselle sottostanti indicare il beneficiario del contributo)** |
| Cognome e Nome |
| Nato/a a | il | Residente a Cap |
| Indirizzo e numero civico | Codice fiscale |
| Recapiti telefonici: |

**CHIEDE**

Un contributo per sostegno alle spese di iniziative giornaliere con supporto di attività assistenziale per le vacanze destinate a ragazzi (dai 14 anni), adulti ed anziani con disabilità

Requisiti di presentazione della domanda:

* residenza nel Comune di Santa Maria a Vico.
* avere attestazione ISEE (DPCM 5 dicembre 2013, n. 159 e successive modifiche) valida alla data di presentazione della domanda, di valore pari o inferiore a 8.250,00 euro
* disabilità attestata da certificazione di invalidità civile superiore al 74% o certificazione di handicap Legge

n. 104/92,

FORMULAZIONE GRADUATORIA

Al fine della formazione della graduatoria saranno tenuti in considerazione i seguenti elementi (**barrare esclusivamente le caselle corrispondenti alle propria situazione**):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Criterio** | **Specifica valutazione** |  |  |
| **Fragilità correlate alla composizione del nucleo fa- miliare con presenza di persona con disabilità Scegliere una sola categoria di nucleo. Per valorizzare la problematicità del nucleo identificare la presenza del nucleo di taluno dei soggetti con le fragilità evidenziate nei criteri indicati** | **Minorenne (dai 14 anni) destinatario del contributo** |  |  |
| Nucleo monogenitoriale con figlio minorenne disabile | 4 |  |
| Coppia con 3 o più figli di cui 1 o più con disabilità | 3 |  |
| Coppia con 1 o 2 figli di cui 1 con disabilità | 2 |  |
| **adulto destinatario del contributo** |  |  |
| Adulto con disabilità solo | 4 |  |
| Nucleo adulto con presenza di più persone con disabilità | 3 |  |
| Adulto con disabilità che vive con almeno un familiare ultraottantenne o con persone diverse dai genitori o dal convivente | 3 |  |
| Nucleo adulto con presenza di una persona con disabilità | 1 |  |
| Adulto con disabilità che vive in struttura | 0 |  |
| **anziano destinatario del contributo** |  |  |
| Anziano con disabilità solo | 4 |  |
| Anziano con disabilità con figlio/coniuge con disabilità | 3 |  |
| Anziano con disabilità all'interno di un nucleo | 2 |  |
|  |  |  |  |
| **Capacità economica del richiedente basata sul va- lore ISEE della persona e/o del nucleo** | Zero euro | 10 |  |
| Da 1,00 a 2.000,00 euro | 9 |  |
| Da 2.000,01 a 4.000,00 euro | 7 |  |
| Da 4.000,01 alla soglia ISEE di accesso ai contributi | 5 |  |
|  |  |  |  |
| **Disabilità** (classificazione ai sensi dell'Allegato 3, DPCM n.159/2013 | Disabilità media | 2 |  |
| Disabilità grave | 4 |  |
| Non autosufficienza | 6 |  |

**(\*)** Al fine di ricondurre le diverse situazioni di disabilità al punto che prevede le declinazioni in media, grave e non autosufficienza, si allega, in fondo alla presente modulistica la classificazione prevista dal DPCM n.159/2013.

 Liquidazione del contributo

La liquidazione dei contributi avverrà a seguito di presentazione all’Ufficio Politiche Sociale, entro il 30 settembre 2020, pena l’esclusione dal contributo, della documentazione attestante la vacanza e la spesa sostenuta. L’Ufficio effettuerà la verifica della corrispondenza di tale documentazione, che dovrà essere riferita al periodo 11 agosto - 20 settembre

Documentazioni valutabili a tal fine sono le ricevute o fatture fiscalmente valide, intestate al destinatario del contributo o al tutore, curatore, amministratore di sostegno o a chi esercita la patria potestà relative a:

* spese alberghiere
* spese di viaggio
* spese per iniziative giornaliere con supporto di attività assistenziale

**Non possono ottenere il presente contributo per spese riferite a soggiorno, escursione o attività assistenziale coloro che ricevono, da parte di un Ente Pubblico, un sostegno economico per le medesime attività.**

Documenti da allegare alla presente domanda:

* Fotocopia certificato invalidità/Certificato L. n.104/92 valido
* Fotocopia documento di identità del dichiarante e del beneficiario, se persona diversa
* Copia attestazione Isee

**Il richiedente dichiara di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti dei controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ai sensi dell’art.71 del DPR n. 445/00 e 6 comma 3 del DPCM 221/99 così come modificato dal DPCM 242/01.**

**Il richiedente dichiara di essere a conoscenza che nel caso in cui si rilevino dati non corretti rispetto a quelli indicati nelle modalità di pagamento, necessari a predisporre la liquidazione del contributo, e non sia possibile, attraverso i recapiti indicati, rintracciare gli interessati per un tempo superiore a 30 gg. dalla spedizione di apposita comunicazione postale, si procederà con l'esclusione dall'erogazione del contributo.**

IL SOTTOSCRITTO DICHIARANTE, PER QUANTO RIGUARDA IL “TRATTAMENTO DEI DATI”, PRENDE ATTO CHE:

tutti i dati di cui il Comune di Santa Maria a Vico venga in possesso a seguito del presente Avviso Pubblico saranno trattati nel rispetto della vigente normativa, D.Lgs.n. 196/2003 e ss.mm.ii., nonché del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e del D.Lgs. 101/2018, recante le disposizioni per l’adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento UE 2016/679, anche con l’ausilio di mezzi informatici, limitatamente e per gli scopi necessari alla presente procedura.

Data Firma del dichiarante

Allegato 1

**MODALITA’ DI RISCOSSIONE DEL CONTRIBUTO DA PARTE DELL'INTESTATARIO DEL CONTRIBUTO STESSO O DEL GENITORE DI MINORE (DAI 14 ANNI) O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE/CURATORE**

Il/La sottoscritto/a

|  |
| --- |
| Cognome e Nome |
| Nato/a a | Il | Residente a: |
| Indirizzo e numero civico | Provincia | CAP |  |
| CODICE FISCALE | Recapiti telefonici |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 Nel caso in cui il richiedente sia persona diversa dall'intestatario del contributo, compilare la parte che segue:

|  |
| --- |
| Nella sua qualità di:O genitore di minoreO esercente la potestà genitorialeO amministratore di sostegno/tutore/curatore**di (indicare l'intestatario del contributo)** |
| Cognome e Nome |
| Nato/a a | il | Residente aCap |
| Indirizzo e numero civico | Codice fiscale |
| Recapiti telefonici: |

Chiede la seguente modalità di pagamento:

1. Accredito in c/c intestato all'intestatario del contributo o al genitore di intestatario minorenne o all'amministratore/tutore/curatore.

C/C intestato a

IBAN

Banca

1. Avviso di riscossione recapitato per posta, con conseguente ritiro del contributo per cassa presso le filiali Unicredit, da parte di:

 intestatario del contributo

 genitore di intestatario minorenne

 amministratore/tutore/curatore

Data

Firma \_

**Allegato 2**

**DELEGA ALLA RISCOSSIONE DEL CONTRIBUTO**

 **Allegare sempre fotocopia del documento di colui che delega**

Il/La Sottoscritto/a intestatario del contributo

|  |
| --- |
| Cognome e Nome |
| Nato/a a | Il | Residente a: |
| Indirizzo e numero civico | Provincia | CAP |  |
| CODICE FISCALE | Recapiti telefonici |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

DELEGA

|  |
| --- |
| Cognome e Nome |
| Nato/a a | Il | Nazione (se nato all’estero) |
| Residente a : | Provinci a | Indirizzo e numero civico | CAP |
| CODICE FISCALE | Recapiti telefonici |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| In qualità di : |

***a ritirare il contributo per le vacanze:***

1. tramite avviso di riscossione al delegato medesimo, recapitato per posta, con conseguente ritiro del contributo per cassa

Data FIRMA

CLASSIFICAZIONE DELLE DISABILITA' AI SENSI DEL D.P.C.M. N.159 DEL 2013

