

**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. ....  
il ..... Codice fiscale....., residente a  
..... Prov. ...., in Via/C.so/Piazza ..... N. .... CAP  
....., domiciliato a (indicare se diverso dall'indirizzo di residenza)  
..... Prov. ...., in Via/C.so/Piazza  
..... 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) che l'I.S.E.E. del proprio nucleo familiare è pari a € .....

c) 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

d) che il proprio stato civile è:

libero/a

coniugato/a-convivente

divorziato/a-separato/a

- vedovo/a
- capofamiglia di nucleo monoparentale

e) 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 CAB .....

Banca ..... Agenzia di .....

Indirizzo .....

**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 al 3° grado (come da prospetto in nota, ai sensi degli artt. dal 74 al 78 del Codice civile)<sup>1</sup>;

<sup>1</sup> Prospetto parenti fino al 3° grado

GradiParenti in linea rettaParenti in linea collaterale1°Padre, madre e figli-----2°Nonni e nipotiFratelli e sorelle3°Bisnonni e pronipotiZii, zie, nipoti da fratelli e sorelle

- 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/badante/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;
- certificazione, rilasciata da un'agenzia di intermediazione aderente al citato Programma ASSAP, che attesti la conclusione di un percorso di politica attiva nei termini previsti dal Programma medesimo.

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  
sottoscritto 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. 196/03 del 30 giugno 2003.**

Luogo e data

Firma del/la richiedente