

## FORMAT ALLEGATO 1



### AMBITO TERRITORIALE SOCIALE n.° 2

Comune capofila: ROSARNO

(Comuni di: Gioia Tauro, Melicuccà, Palmi, Rizziconi, Rosarno, San Ferdinando, Seminara)

PR Calabria FESR-FSE+ 2014-2020

Priorità 4INCL – OS ESO4.12 – Azione 4.1.1

### 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) | Destinatario del buono servizio / Esercente potestà genitoriale /<br>Tutore / Amministratore di sostegno/Delegato |
|                             |                                                                                                                   |
| 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         | 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 |
| CONDIZIONE OCCUPAZIONALE | In cerca di prima occupazione/Occupato/Disoccupato/Inattivo/Studente/Disoccupato oltre 12 mesi                                                                                                                                           |
| PRESENZA DI DISABILITA   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> 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 Rosarno 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 \_\_\_\_\_

**Il/La Richiedente**