



Comune di Taurianova
(Città Metropolitana di Reggio Calabria)

UFFICIO
DI PIANO

COMUNE CAPOFILA DELL'AMBITO TERRITORIALE
COMUNI DI: CITTANOVA, COSOLETO, DELIANUOVA, MOLOCHIO, OPPIDO MAMERTINA, SANTA CRISTINA
D'ASPROMONTE, SCIDO, TAURIANOVA, TERRANOVA SAPPO MINULIO, VARAPODIO

ALLEGATO 1

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI TAURIANOVA

Comune capofila: ATS di TAURIANOVA

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	<i>In cerca di prima occupazione/Occupato/Disoccupato/Inattivo/Studente/Disoccupato oltre 12 mesi</i>
PRESENZA DI DISABILITA	☐ 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)	<i>ISEE Ordinario o ISEE socio-sanitario ove disponibile e applicabile</i>
EVENTUALI ALTRE DOMANDE TRASMESSE PER IL PRESENTE AVVISO PER ALTRI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE	<i>Indicare codice fiscale per ciascun destinatario (replicare le righe se necessario)</i>
CARICHI FAMILIARI	<i>Indicare il numero dei componenti il nucleo familiare incluso il destinatario del Buono</i>

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	☐
Comunità accoglienza per adulti in difficoltà	☐
Casa di riposo per anziani	☐
Comunità alloggio per persone con disabilità	☐
Comunità alloggio per persone con disabilità mentale	☐
Casa famiglia per persone con disabilità grave	☐
Centro Diurno per minori	☐
Centro Diurno per minori con disabilità	☐
Centro Diurno per anziani	☐
Centro Diurno per persone con disabilità mentale	☐
Centro Diurno per persone con disabilità	☐

5. Dichiaro

N.	Dichiarazione	✓
1	Che il destinatario è residente nel territorio dell'ATS di Taurianova alla data di presentazione della domanda;	☐
2	Che il destinatario appartiene a un nucleo familiare con ISEE in corso di validità non superiore a euro 25.000;	☐
3	Che il destinatario è in possesso di certificazione di disabilità;	☐
4	Che il destinatario è in possesso di un Progetto Individualizzato (PI) in corso di validità, elaborato dall'équipe multidisciplinare dell'ATS di residenza	☐
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;	☐
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;	☐
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;	☐
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;	☐
9	Che le dichiarazioni rese nella presente domanda sono veritiere, consapevoli delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.	☐

6. Allega alla Domanda

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

Luogo e data _____

Il/La Richiedente
