



**PIANO PER L'EMERGENZA SOCIO-ECONOMICA COVID-19 DELLA REGIONE CAMPANIA  
DGR N. 170 DEL 7 APRILE 2020 - DGR N. 171 DEL 7 APRILE 2020  
MODALITÀ ATTUATIVE DELLE MISURE CORRELATE ALLE POLITICHE SOCIALI  
POR CAMPANIA FSE 2014-2020 - MISURA 8 - MISURA: BONUS RIVOLTI ALLE PERSONE CON DISABILITÀ  
NON COPERTE DAL FONDO NON AUTOSUFFICIENTI**

Al Direttore  
del Consorzio Sociale Vallo di Diano  
Tanagro Alburni - Ambito S10  
Via Mezzacapo, n. 251  
84036 Sala Consilina (Sa)

**Oggetto: Manifestazione d'interesse per l'erogazione di un bonus in favore delle persone con disabilità anche non grave, con priorità ai bambini con disabilità (anche autistica) in età scolare residenti nell'Ambito S10.**

1. Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_ Genere ( ) nato/a a \_\_\_\_\_ ( )  
il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
alla Via \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_,  
Tel fisso \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ e-mail/pec \_\_\_\_\_

in qualità di

**Genitore**       **Tutore**       **Amministratore di sostegno**

2. di (cognome e nome) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
e residente in \_\_\_\_\_ ( ) alla Via \_\_\_\_\_,  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CONSAPEVOLE**

che l'erogazione del bonus è rivolto a persone con disabilità accertata ai sensi della normativa di riferimento (L. 104/92) anche non grave, con priorità ai minorenni con disabilità (anche autistica) in età scolare,

**CHIEDE**

la corresponsione del bonus riconosciuto nell'ambito delle misure previste dal "Piano per l'emergenza socio-economica della Regione Campania" sul seguente conto corrente: *(il conto corrente indicato deve poter ricevere bonifici da parte di P.A.)*

|                    |             |     |     |            |              |  |  |
|--------------------|-------------|-----|-----|------------|--------------|--|--|
| Intestatario Conto |             |     |     | Cod. Fisc. |              |  |  |
| Banca/Poste        |             |     |     |            |              |  |  |
| Paese              | Check digit | Cin | ABI | CAB        | Numero Conto |  |  |
| I                  | T           |     |     |            |              |  |  |

*A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, e ss.mm.ii. nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con il provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art. 75 del medesimo D.P.R.*

**DICHIARA**

di essere in possesso di certificazione di disabilità accertata ai sensi della normativa di riferimento (L. 104/92);

- di essere genitore di un minore con disabilità (anche autistica) in età scolare certificata da struttura pubblica;
- di essere in possesso di certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92;
- di essere in possesso di attestazione ISEE socio-sanitario pari a € \_\_\_\_\_;
- di non percepire alcun ulteriore trattamento in ragione della condizione di disabilità;
- di essere unico componente del nucleo familiare e di essere privo di sostegno familiare, sociale e relazionale;
- di non essere beneficiario di servizi sociali, sanitari e socio-sanitari a carico del SSN e/o dell'Ambito Territoriale S10 di riferimento, rimasti attivi nonostante l'emergenza da COVID-19.

#### DICHIARA INOLTRE

- di non usufruire di nessuna delle agevolazioni emanate dalla Regione Campania a favore delle persone con disabilità, nell'ambito del Piano per l'Emergenza Socio-Economica di cui alle deliberazioni n. 170 e 171 del 7 aprile 2020;
- di non usufruire di nessuno dei seguenti programmi di assistenza:
  - Programma Home Care Premium;
  - Programma per la Vita Indipendente;
  - Programma "Dopo di Noi" (L. 112/2016);
  - Programma di assegno di cura;
- di essere a conoscenza che, qualora la documentazione richiesta non sia inviata nelle modalità indicate o sia priva dei requisiti richiesti dall'Avviso Pubblico di manifestazione di interesse, l'Ambito Territoriale S10 è titolato a dichiarare inammissibile la domanda;
- di essere a conoscenza dei criteri di priorità di cui all'art. 3 dell'Avviso Pubblico di manifestazione di interesse;
- di essere consapevole che tutti i dati personali saranno trattati nel rispetto del GDPR 679/2016 (Reg. UE Codice protezione dei dati personali), ai fini dell'attuazione del presente avviso;
- di aver preso visione della informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 9 dell'Avviso Pubblico di manifestazione di interesse e di prestare esplicito consenso;
- di aver preso visione delle cause di decadenza e del conseguente recupero del contributo eventualmente erogato da parte dell'Ambito Territoriale S10, ai sensi dell'art. 6 dell'Avviso Pubblico di manifestazione di interesse.

#### ALLEGA:

1. Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante;
2. Fotocopia del Codice Fiscale del dichiarante;
3. Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità del beneficiario del bonus;
4. Fotocopia del Codice Fiscale del beneficiario del bonus;
5. Certificazione attestante lo stato di disabilità accertata ai sensi della normativa di riferimento;
6. Certificazione ISEE (ISEE socio-sanitario ai sensi dell'art. 6 del DPCM 5 dicembre 2013, n. 159).
7. Fotocopia leggibile del codice IBAN (il conto corrente indicato deve poter ricevere bonifici da parte di P.A.)

luogo e data, \_\_\_\_\_ (firma leggibile del dichiarante) \_\_\_\_\_

**N.B.** La presente dichiarazione sottoscritta e comprensiva di tutti allegati suddetti dovrà essere trasmessa **entro le ore 24:00 del giorno 14.05.2020** al seguente indirizzo mail: [info@pianosociales10.it](mailto:info@pianosociales10.it).

Nell'oggetto della mail riportare la dicitura: manifestazione d'interesse bonus disabilità COVID-19 – Beneficiario.....