

**Sede Legale:**

Via XXV Aprile, 10 - 50068 Rufina (FI)

Tel. 0558396634 - Fax 0558396634

PEC: uc-valdarnoevaldisieve@postacert.toscana.it

Codice Fiscale e P.IVA 06096360489

ALLEGATO A

**DOMANDA DI AIUTO PERSONALE EX ART 9 LEGGE 104/92**

Al Responsabile dell'Area Sociale UNISAS

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nat\_a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Via/P.za \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

CHIEDE

- Per se stesso
- In qualità di \_\_\_\_\_ In favore di \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
Via/P.za \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

DI PARTECIPARE AL BANDO PER L'AIUTO PERSONALE  
DI CUI ALL'ART. 9 LEGGE 104/1992 e s.m.i.

A tal fine dichiaro (barrare caselle corrispondenti):

di essere/che la persona in favore della quale propongo questa richiesta è:

- Cittadino italiano o di uno Stato appartenente all'Unione Europea in possesso di attestazione di regolarità di soggiorno;
- Cittadino extraeuropeo in possesso di titolo di soggiorno in corso di validità alla scadenza del presente avviso;
- Di essere in possesso dell'attestazione di handicap in gravità ex art. 3 c.3 della Legge 104/1992 che pongo in allegato;
- Di essere beneficiario di Indennità di frequenza scolastica;
- Di essere beneficiario del contributo disabilità gravissime delibera Giunta Regionale 664/2017 con importo mensile in euro: \_\_\_\_\_

---

**AREA SOCIALE - Comuni di Londa, Pelago, Pontassieve, Rufina e San Godenzo**

**Sede Operativa:** Piazza V. Emanuele II, n. 14 - 50065 PONTASSIEVE (FI)

Tel. 055.83.60.295 - Fax 055.83.60.302

E-mail: servizi.sociali@uc-valdarnoevaldisieve.fi.it

Contributo Regione Toscana per famiglie con figli minori disabili ex Legge Regione Toscana n 73/2018;

Di essere beneficiario dei seguenti contributi assistenziali non indicati sopra:

\_\_\_\_\_ Euro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Euro \_\_\_\_\_

Di avere un valore ISEE non superiore ad euro 24.000

Di frequentare La Scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

Il CENTRO DIURNO \_\_\_\_\_ per numero giorni settimanali: \_\_\_\_\_

Di usufruire delle seguenti prestazioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale (esempio logopedia, fisioterapia, interventi educativi Asl, altro..). Indicare il tipo di intervento, le ore settimanali o mensili e il periodo di durata

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Di essere seguito dal seguente specialista (indicare la qualifica)

\_\_\_\_\_

Si allegano

Copia verbale accertamento handicap L 104/1992 in corso di validità

Certificazione spese sostenute per le quali si chiede il rimborso

Documentato e dettagliato preventivo di spesa per attività già programmate

Copia documento di Identità

Piano di Intervento per Aiuto Personale: in cui si dettaglia il Progetto Individuale comprensivo delle attività per la quali si chiede il contributo

Si indica il seguente Conto Corrente bancario sul quale possa essere accreditato il contributo eventualmente spettante:

\_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

intestato a \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

**PIANO DI INTERVENTO DI AIUTO PERSONALE art. 9 LEGGE 104/1992 e s.m.i.**

**SCHEDA PERSONALE  
(da allegare alla domanda di aiuto personale)**

Cognome ..... Nome .....  
Del beneficiario

Progetto di intervento:

▫ Descrizione progetto: (indicare in dettaglio le attività per le quali si chiede la partecipazione al presente bando)

---

---

---

---

---

▫ Specificare se si chiede rimborso di spesa o preventivo di spesa: indicando il periodo di durata degli interventi svolti o previsti, a frequenza settimanale o mensile ed i costi corrispondenti

---

---

---

---

▫ Attestazione della spesa sostenuta o preventivo della spesa ( da porre in allegato)

---

---

---

---

Data \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente