

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL VOUCHER A PARZIALE COPERATURA DEGLI  
ONERI SOSTENUTI PER LE RETTE DI SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA, PER  
MINORI FINO A 14 ANNI E PER SERVIZI DI CURA PER ANZIANI E DISABILI.  
PERIODO 01/01/2018 – 14/09/2018  
(scadenza raccolta domande 21.09.2018)**

**RICHIEDENTE**

Il/La sottoscritta.....  
Nato/a a.....prov. .... Il.....  
Residente in ..... Via.....N°.....  
Recapito telefonico.....  
Codice Fiscale.....  
Dipendente dell'impresa.....con sede a .....

**EVENTUALE CONIUGE LAVORATORE** (indicare nome e cognome del coniuge solo se lavoratore)  
Cognome e Nome .....  
Nato/a a.....prov. .... Il.....  
Codice fiscale .....  
Dipendente dell'impresa.....con sede a .....

**CHIEDE**

(barrare la voce che interessa)

**Di beneficiare dell'erogazione di voucher a parziale copertura degli oneri per:**

- rette d'iscrizione sostenute per la frequenza di servizi per la prima infanzia (Micro nido, Asilo nido, Nido famiglia, Centri per la prima infanzia, Nidi Famiglia, baby sitting, baby parking, ludoteca) pubblici e privati del proprio figlio/i. **Non potranno beneficiare del presente contributo le famiglie che avranno avuto accesso alla misura regionale "Nidi Gratis" per il periodo coincidente con l'eventuale fruizione di entrambi i benefici;**

<i>Nominativo</i>	<i>Servizio fruito - Sede</i>	<i>Spesa mensile da sostenere</i>

**ALLEANZA LOCALE DI CONCILIAZIONE**  
**Ambito Distrettuale Monte Orfano – Ambito Distrettuale Sebino –**  
**Ambito Distrettuale Oglio Ovest – Ambito Distrettuale Brescia Ovest**

○ rette per servizi socio educativi assistenziali per minori di età fino a 14 anni (servizi preposti nell'ambito delle attività estive, servizi preposti nell'ambito delle attività pre e post scuola, centri ricreativi diurni aggregativi ed educativi, rette scuole dell'infanzia, attività sportive, musicali e culturali); **Non potranno beneficiare del presente contributo le famiglie che avranno avuto accesso alla misura regionale “Dote Sport” per il periodo coincidente con l’eventuale fruizione di entrambi i benefici;**

<i>Nominativo</i>	<i>Servizio fruito - Sede</i>	<i>Spesa mensile da sostenere</i>

○ spese sostenute per la cura di familiari anziani in condizione di non autosufficienza e disabili gravi (servizi di assistenza familiare per anziani e disabili, ad esclusione di ADI e SAD).

<i>Nominativo</i>	<i>Servizio fruito - Sede</i>	<i>Spesa mensile da sostenere</i>

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità degli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

1. di essere informato delle condizioni per l'erogazione del voucher previste dal bando e di impegnarsi al rispetto degli adempimenti necessari e conseguenti;
2. il valore ISEE, in corso di validità, del nucleo familiare pari a Euro \_\_\_\_\_;
3. che le persone inserite nel proprio stato di famiglia e che il reddito lordo percepito sono indicati nell’autodichiarazione per il rilascio dell’attestazione ISEE, di cui allego copia;
4. ai fini dell’accredimento dei benefici economici gli estremi bancari :

- conto corrente n°....., intestato  
a....., presso la  
banca..... Agenzia di.....

(codice IBAN.....  
**allegare copia cartacea del Codice Iban;**)

In fede

Luogo e data

Il Richiedente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Alla domanda si allegano:**

- Idonea documentazione attestante l’avvenuto pagamento degli oneri ammessi a finanziamento. Qualora, al momento di consegna della domanda, mancassero delle pezze giustificative, poiché non ancora nella disponibilità del richiedente, lo stesso si impegna a produrle entro 5 gg dalla richiesta dell’Ufficio di Piano, pena la non ammissibilità della spesa non documentata;
- ISEE in corso di validità ai sensi del DPCM 159/2013;
- Copia del Codice Fiscale e del documento di identità.

**PARTE RISERVATA AL DATORE DI LAVORO**

Il sottoscritto.....  
in qualità di..... (titolare, legale rappresentante, procuratore, institore, altro)  
della ditta .....  
con sede a.....

**DICHIARA CHE**

- Il sig.....è dipendente dal.....con la qualifica di.....e che svolge la propria attività presso la sede operativa ubicata nel Comune di.....
- Il sig..... fruisce dei permessi retribuiti legge 104/90 e s.m.i. (compilare solo se ricorre il caso di richiesta voucher per le prestazioni di cura)

*Luogo e data*

*In fede*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PARTE RISERVATA AL COMUNE CAPOFILA**

Presenza di un solo genitore	+4 punti
Presenza di entrambi i genitori lavoratori	+4 punti
Presenza di uno o più componenti in possesso di certificazione di handicap ai sensi della legge 104/92	+ 4 punti per componente
Numero di minori presenti nel nucleo	+ 1 punto per ogni

**PUNTEGGIO TOTALE PER GRADUATORIA** \_\_\_\_\_