

Interventi in favore di soggetti affetti da Disabilità Gravissima – Sostegno economico per interventi complementari all’assistenza domiciliare

Dichiarazione di Responsabilità
(ai sensi del D.P.R. 445/2000)

Da compilare a cura del familiare o del soggetto giuridicamente incaricato:

Il/ la sottoscritto/a, identificato/a
mediante documento,
in qualità di *familiare o soggetto giuridicamente incaricato* (specificare _____)
del Signor/della Signora, dichiara che:

- si impegna ad utilizzare il sostegno economico concesso esclusivamente per il soddisfacimento dei bisogni della persona assistita;
- si impegna al pagamento delle spese esclusivamente con mezzi tracciabili (assegni, bonifici, ecc.) producendo a richiesta del soggetto pubblico competente copia di idonea documentazione;
- si impegna a riconoscere al soggetto pubblico competente il pieno esercizio della vigilanza e del controllo sull’attuazione del piano personalizzato e sull’osservanza dell’atto di impegno;
- si impegna a concordare con il servizio sociale territoriale eventuali variazioni del piano personalizzato di assistenza;
- riceverà il sostegno economico esclusivamente a fronte di presentazione di certificazione delle spese sostenute. Qualora le spese rendicontate non raggiungessero l’importo totale del contributo a lei spettante, le verranno riconosciute soltanto le spese sostenute e rendicontate;
- riconosce al soggetto pubblico competente il pieno esercizio della vigilanza e del controllo sulla veridicità delle dichiarazioni sopra rilasciate e che, in caso di dichiarazioni false o mendaci, si impegna a restituire le somme ricevute nell’ambito degli interventi in favore di soggetti affetti da disabilità gravissima.

Luogo e data

Firma del caregiver

(o del soggetto giuridicamente incaricato)

Firma dell’interessato (ove possibile)