

## ALLEGATO D.1

### **Zona Distretto Versilia: AZIONE 3 - AMPLIAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA FAMILIARE - Progetto HELP SERVICE 2**

Il/La sottoscritto/a.....

CF.....

nato il .....a.....

residente in .....

recapito telefonico .....

E-mail.....

- beneficiario
- Amministratore di Sostegno/Tutore: citare gli estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno (data, numero, soggetto che ha emesso l'atto) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

chiede l'accesso al contributo economico di sostegno alle spese per assistente familiare/badante -  
Progetto "HELP SERVICE 2"

A tal fine dichiara che l'ISEE 2023 è pari a € .....

Dichiara altresì di essere a conoscenza che il contributo potrà essere erogato solo successivamente all'assunzione dell'assistente familiare/badante.

Si impegna a presentare entro il 31/01/2024 l'ISEE anno 2024, pena la sospensione del contributo.

In fede.

Firma \*

\_\_\_\_\_  
\* (Allegare copia di valido documento di identità del beneficiario e in caso di rappresentanza provvedimento di nomina)