Io sottoscritto/a, ai sensi del DPR N. 445/2000, dichiaro quanto segue:

DATI ANAGRAFICI RELATIVI A OGNI COMPONENTE IL NUCLEO/I FAMILIARE/I

ALLEGATO B1

Cognome/Nome	Codice fiscale	Data di nascita	Parentela con il richiedente
			Richiedente

INFORMAZIONI RELATIVE A SOGGETTI PORTATORI DI HANDICAP NON RICOVERATI IN STRUTTURE SOCIO-SANITARIE

			spese sostenute e documentabili
A	Se nel nucleo familiare sono presenti soggetti portatori di handicap con invalidità al 100% con indennità di accompagnamento o cieco civile assoluto, o invalido di guerra o per servizio con indennità di assistenza e accompagnamento, nonché "grande" invalido del lavoro che usufruisce dell'assegno di assistenza personale e continuativa indicare per ciascuno la quota di spese effettivamente sostenuta	1	
		2	
		3	
		4	
		5	
		6	
B	indicare il numero di componenti facenti parte del nucleo con invalidità al 100 % senza indennità di accompagnamento, o cieco civile parziale, o invalido di guerra o per servizio appartenente alla 1° categoria tab. A ex D.P.R. n° 834 del 30/12/1981 e successive modifiche, nonché “grande” invalido del lavoro;		numero componenti di cui al punto B
C	indicare il numero dei componenti facenti parte del nucleo con invalidità inferiore al 100 % e superiore al 66% ovvero con handicap psicofisico permanente ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 5.2.1992 n. 104, o invalido di guerra o per servizio appartenente alle categorie dalla 2° alla 4° Tab. A ex D.P.R. 834 del 30/12/1981 e successive modifiche, nonché invalido del lavoro con percentuale superiore al 66% ed inferiore all’80%;		numero componenti di cui al punto C

Firma del richiedente ……