



Allegato A)
Schema di domanda

Domanda per l'accesso al contributo economico concesso ai caregiver familiari, finalizzato al sostegno del ruolo di cura e di assistenza, ai sensi della D.G.R. 124/2021. Richiesta di accesso al voucher.

DATI CAREGIVER:

Il/la sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Stato _____ residente nel Comune di _____

in Via/P.zza _____ n.° _____ CAP _____

Codice Fiscale _____ tel./cell. _____

email _____;

stato occupazionale (selezionare una di queste opzioni):

- Occupato
 Disoccupato
 Inattivo

in qualità di caregiver familiare di:

DATI PERSONA DISABILE/NON AUTOSUFFICIENTE ASSISTITA:

Nome _____ Cognome _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

residente in _____, Comune afferente all'Ambito

Territoriale Sociale S8, alla Via / P.zza _____ n.° _____

CAP _____ domiciliato presso _____ CAP _____

Codice Fiscale _____ tel./cell. _____

DICHIARA:

- di essere cittadino italiano;
 di essere cittadino comunitario o cittadino di Stato non appartenente alla UE, in possesso di titolo di regolare permesso di soggiorno n. _____ rilasciato da _____ con

scadenza il _____ o, in caso di rinnovo, in possesso di ricevuta di presentazione della relativa domanda rilasciata in data _____;

che la persona di cui il caregiver familiare si prende cura è in Assistenza Domiciliare Integrata, con verbale UVI redatto in data _____;

che in data _____ è stata presentata richiesta per l'Assistenza Domiciliare Integrata;

che la persona assistita dal caregiver familiare (il suo amministratore di sostegno, tutore o curatore) esprime il proprio parere favorevole rispetto alle attività svolte dal proprio caregiver;

DICHIARA INOLTRE

di avere acquisito formale consenso della persona disabile o non autosufficiente assistita, ovvero del suo tutore o curatore o amministratore di sostegno, per la comunicazione dei dati riferiti alla persona assistita nell'ambito del procedimento volto ad ottenere il voucher 3.2;

di essere caregiver di una persona con disabilità gravissima (accertata con Verbale n. _____ del _____);

di essere caregiver di una persona con disabilità grave (accertata con Verbale n. _____ del _____);

che la propria situazione reddituale, risultante da certificazione ISEE in corso di validità è di € _____;

N.B.: Il nucleo familiare è quello definito all'art. 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 5 dicembre 2013 n. 159 (Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente - ISEE).

di essere coniuge/genitore/figlio-a/convivente di fatto/parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso/sorella-fratello/affine entro il II grado di parentela/affine entro il III grado di parentela della persona con disabilità;

di avere la residenza in altro comune rispetto a quello nel quale risiede il proprio familiare;

di non usufruire di nessuno dei seguenti programmi di assistenza:

- Programma Home Care;
- Programma per la Vita Indipendente;
- Programma "Dopo di Noi";
- Programma di assegno di cura;

di non aver usufruito del bonus € 250,00 previsto dalla DGR 124/2021 - intervento 3.1, concesso ai caregiver familiari;

di essere a conoscenza che, qualora la documentazione richiesta sia priva dei requisiti richiesti, l'Ambito Territoriale è titolato a dichiarare inammissibile la domanda.

CHIEDE

di essere ammesso a ricevere il contributo, previsto dalla DGR 124/2021 intervento 3.2 voucher € 750,00 concesso ai caregiver familiari, finalizzato al sostegno del ruolo di cura e di assistenza (DPCM del 27 ottobre 2020, in attuazione del comma 255 dell'art.1 della Legge n.205/2017);

la corresponsione del voucher di € 750,00 sul seguente codice IBAN (se titolari di conto corrente) _____ (di cui si allega copia leggibile) acceso presso l'Istituto _____ filiale di _____ ed intestato a Nome e Cognome _____ Codice Fiscale _____;

la corresponsione del voucher di € 750,00 sul conto corrente intestato a: Nome e Cognome _____ Codice Fiscale _____ IBAN _____ acceso presso l'Istituto _____ filiale di _____;

SI IMPEGNA

a rendicontare le spese sostenute fornendo la relativa idonea documentazione giustificativa, dalla quale si evince chiaramente chi ha effettuato il pagamento, la causale e il beneficiario.

INFINE DICHIARA

di essere consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, punite dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. o di aver ricevuto l'informativa, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, le informazioni, i dati e le notizie e le dichiarazioni acquisite, di natura personale e sensibili, saranno trattati esclusivamente per l'espletamento e la erogazione del beneficio presso l'Ambito Territoriale S/8 in qualità di titolare e responsabile. I dati sopra richiesti verranno trattati dall'Ambito Territoriale S/8 in qualità di titolare del trattamento. Il richiedente di cui al citato avviso ha il diritto di conoscere i propri dati utilizzati dal Titolare. Nel caso in cui i dati non fossero del tutto corretti, l'interessato ha il diritto di aggiornamento, di rettifica, di integrazione dei propri dati; l'interessato ha inoltre diritto di opporsi al trattamento nonché, in caso di violazione di legge, alla cancellazione, alla anonimizzazione e al blocco dei dati trattati.

Documenti da allegare pena l'inammissibilità della domanda:

- copia documento di identità in corso di validità del richiedente sottoscrittore;
- codice fiscale del richiedente sottoscrittore;
- copia del permesso di soggiorno e/o del cedolino di rinnovo;
- Attestazione ISEE in corso di validità del nucleo familiare del caregiver in corso di validità;
- Codice IBAN su cui effettuare l'accredito del voucher;
- Verbale riconoscimento invalidità;
- Allegato B) "Dichiarazione di individuazione del caregiver familiare" - dichiarazione dell'assistito o del suo amministratore di sostegno, tutore o curatore, di individuazione del caregiver familiare per lo svolgimento delle attività di cura di cui necessita nella vita quotidiana e di relazione, per il suo benessere psico-fisico.

Luogo e data _____

Firma _____