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.**

Il/la sottoscritto/a

Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in Via/P.zza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.°\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

stato occupazionale: Occupato □ / Disoccupato □ / Inattivo □

in qualità di caregiver familiare di:

Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune afferente all’Ambito N 12

Via / P.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

domiciliato presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Di essere:

**○** cittadino italiano;

**○** 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 NON è in Assistenza Domiciliare Integrata;**

**○ che in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prot. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è stata presentata richiesta per l’Assistenza Domiciliare Integrata**

**per la valutazione in UVI della gravità (grave / gravissima) con strumenti in uso (SVAMA e SVAMDI);**

○ 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;

○ di essere □ /non essere □ percettore di R.d.C

**DICHIARA INOLTRE**

○ 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 €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

o 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; (specificare il grado)

○ 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;

- o altre misure di sostegno

○ 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.

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).

**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) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ sul conto corrente intestato a: Nome e Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IBAN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SI IMPEGNA**

⦁ ad iscriversi al Registro regionale dei caregivers familiari di cui alla DGR n. 124/2021 non appena attivo.

⦁ 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.

○ 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 dichiarazione acquisite, di natura personale e sensibili, saranno trattati esclusivamente per l’espletamento e la erogazione del beneficio presso il Comune di residenza e l’Ambito Territoriale di competenza in qualità di titolare e responsabile.

○ I dati sopra richiesti verranno trattati dal Comune di residenza e dall’Ambito territoriale di competenza 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.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allegati:**

- copia documento di identità in corso di validità del richiedente sottoscrittore;

- copia del permesso di soggiorno e/o del cedolino di rinnovo;

- Attestazione ISEE in corso di validità

- IBAN certificato;

- copia decreto L.104/92, copia decreto invalidità civile e/o indennità di accompagnamento con omissis dati per la privacy;

- dichiarazione dell'assistito o del suo tutore/curatore/amministratore di sostegno di individuazione del caregiver familiare per lo svolgimento delle varie attività;

- dichiarazione dell'assistito o del suo tutore curatore o amministratore di sostegno di autorizzazione al trattamento dei dati personali.