

Il/la sottoscritto/a, _____, **in qualità di CAREGIVER**

sotto la propria personale responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del DPR445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1 del medesimo DPR;

DICHIARA

- che i dati riportati nel presente modulo corrispondono al vero e di essere consapevole che i dati riportati nello stesso sono soggetti al controllo di veridicità;
- di essere il caregiver del/la beneficiario/a soprariportato/a, così come definito dalla Legge n. 205/2017 art. 1 comma 255: "la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, che a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente, riconosciuto invalido o titolare di indennità di accompagnamento";
- di aderire all'Intervento n. 3.1 "Bonus in favore dei caregivers delle persone con disabilità" a valere su risorse di cui al DM 27/10/2020 e del POR Campania FSE 2014/2020;
- di essere a conoscenza che tale intervento prevede l'erogazione di un bonus di € 250,00, esclusivamente in favore dei Caregivers familiari di persone che sono state riconosciute invalide al 100% o titolari di indennità di accompagnamento, valutate in sede U.V.I. come disabili gravi o gravissimi e **prese in carico in Cure Domiciliari Integrate alla data del 22/01/2021**;
- di impegnarsi all'iscrizione al Registro regionale dei Caregivers familiari, di prossima attivazione;
- di essere consapevole che la liquidazione del bonus è subordinata all'effettivo possesso dei requisiti di accesso definiti dalla Regione Campania e vincolata all'effettivo trasferimento delle risorse all'uopo destinate;
- di essere consapevole che per ciascun disabile viene individuato un solo caregiver beneficiario del bonus;
- che per il medesimo disabile non è stata presentata ulteriore istanza presso altro Ambito Territoriale.

Tutto ciò premesso,

CHIEDE

Che l'eventuale bonus dovrà essere erogato dalla B02 – Azienda Speciale Consortile per la Gestione dei Servizi alla Persona, sul seguente iban:

Paese	Chek	Cin	ABI	CAB	N. CONTO

Banca / Ufficio postale: _____

Intestato a: _____

(L'intestatario dell'assegno è il caregiver. Sono esclusi IBAN di libretti postali)

Luogo e Data

Firma

B02 – AZIENDA SPECIALE CONSORTILE PER LA GESTIONE DEI SERVIZI ALLA PERSONA

Apice, Buonalbergo, Calvi, Castelpoto, Cautano, Foglianise, Paduli, Pago Veiano, Pesco Sannita, Pietrelcina, Ponte, San Giorgio del Sannio, San Martino Sannita, San Nazzaro, San Nicola Manfredi, Sant'Angelo a Cupolo, Sant'Arcangelo Trimonte, Torrecuso, Vitulano

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'Ambito territoriale, quale Titolare del Trattamento, tratterà le informazioni relative alla procedura in oggetto unicamente per il perseguimento delle proprie finalità istituzionali.

In relazione alle indicate finalità i dati saranno oggetto di trattamento informatico e cartaceo. Le operazioni di trattamento saranno attuate in modo da garantire la sicurezza logica, fisica e la riservatezza dei dati personali.

I dati verranno conservati in una forma che consenta l'identificazione delle interessate per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati e, comunque, minimizzati in ottemperanza a quanto previsto dalle norme vigenti in materia.

I dati potranno essere comunicati a tutti i soggetti cui la facoltà di accesso a tali dati è riconosciuta in forza di provvedimenti normativi e ai nostri collaboratori, dipendenti, nell'ambito delle relative mansioni. Possono essere inoltre comunicati a tutte quelle persone fisiche e/o giuridiche, pubbliche e/o private quando la comunicazione risulti necessaria o funzionale allo svolgimento della nostra attività e nei modi e per le finalità sopra illustrate.

Il conferimento dei dati non ha natura obbligatoria, ma il rifiuto di fornire i dati richiesti dall'ente determinano, l'inammissibilità o l'esclusione del destinatario alla procedura in oggetto.

Per l'esercizio dei diritti previsti agli artt. 13, 15-18, 20 e 21 del Regolamento (UE) n. 679/16, il titolare dei dati potrà rivolgersi in ogni momento al Titolare del trattamento per avere piena chiarezza sulle operazioni effettuate sui dati riferiti.

Le norme che disciplinano il trattamento sono il Codice italiano in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 così come integrato dal D.lgs 10 agosto 2018 n. 101) e il REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.

Luogo e Data

Firma

B02 – AZIENDA SPECIALE CONSORTILE PER LA GESTIONE DEI SERVIZI ALLA PERSONA

Apice, Buonalbergo, Calvi, Castelpoto, Cautano, Foglianise, Paduli, Pago Veiano, Pesco Sannita, Pietrelcina, Ponte, San Giorgio del Sannio, San Martino Sannita, San Nazario, San Nicola Manfredi, Sant'Angelo a Cupolo, Sant'Arcangelo Trimonte, Torrecuso, Vitulano

La presente istanza di adesione dovrà essere consegnata, entro e non oltre le ore **12.00 del giorno 04/10/2021**, debitamente sottoscritta, corredata di tutti i documenti richiesti e compilata in modo leggibile, tramite le seguenti modalità:

- A mezzo posta elettronica certificata all'indirizzo **aziendaconsortileb02@pec.it** specificando nell'oggetto: "*Istanza di adesione per l'erogazione di un bonus in favore dei caregiver delle persone con disabilità incluse in progetti di Cure Domiciliari Integrate*";
- Con consegna a mano in busta chiusa presso la sede dell'Azienda Speciale Consortile B02 in via Mazzini 13, 82018 San Giorgio del Sannio BN, nei seguenti orari: dal lunedì al venerdì: dalle ore 8.30 alle ore 13.30. Sulla busta dovrà essere inserita la seguente dicitura: "*Istanza di adesione per l'erogazione di un bonus in favore dei caregiver delle persone con disabilità incluse in progetti di Cure Domiciliari Integrate.*"

L'istanza di adesione, a pena di esclusione, dovrà essere corredata della seguente documentazione:

- fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del caregiver e del disabile;
- sottoscrizione dell'informativa privacy inserita nell'istanza di adesione;
- atto di riconoscimento dell'invalidità civile al 100% e/o dell' indennità di accompagnamento;
- atto di riconoscimento del possesso di disabilità certificata ai sensi della L. 104, art. 3, comma 3 **(la mancata consegna di tale documento riveste motivo di esclusione esclusivamente per i disabili gravi).**

Per i caregiver di disabili NON residenti nell'Ambito Territoriale B02 deve essere obbligatoriamente allegato il verbale U.V.I. di immissione/permanenza in Cure Domiciliari Integrate, alla data del 22/01/2021.

La presentazione dell'istanza ha valenza di piena conoscenza ed accettazione delle condizioni riportate nel rende noto e nel presente modulo.