



Modello di domanda (Allegato A)

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

Via G. Mazzini, 13

San Giorgio del Sannio (BN)

OGGETTO: 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 (barrare la voce che interessa): ___ Occupato ___ Disoccupato ___ Inattivo

in qualità di caregiver familiare di:

Nome _____ Cognome _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

residente in _____ Comune afferente all'Ambito n. _____ Via /

P.zza _____ n.° _____ CAP _____

domiciliato presso _____ CAP _____ tel. _____ cell.

_____ Codice Fiscale _____

Stato occupazionale (barrare la voce che interessa): ___ Occupato ___ Disoccupato ___ Inattivo

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



DICHIARA

Di essere:

- di conoscere ed accettare le condizioni contenute nell'Avviso Pubblico finalizzato al sostegno del ruolo di cura e di assistenza, ai sensi della D.G.R. 124/2021 e del D.D. 114/2023;
- 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 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 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 € _____;
- di aver presentato richiesta per la valutazione UVI in data _____;



- 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 essere caregiver di una persona NON in carico alle cure domiciliari integrate;
- 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,, altro sostegno economico erogato in ragione della non autosufficienza;
- 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 iban:

Paese	Chek	Cin	ABI	CAB	N. CONTO



(L'intestatario del voucher è il caregiver. Sono esclusi IBAN di libretti postali)

- tramite bonifico domiciliato;

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.
- 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 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.



Unione europea
Fondo sociale europeo



Luogo e 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;
- Eventuale provvedimento di protezione giuridica del richiedente (tutela, curatela, amministrazione di sostegno);
- Verbale di accertamento dell'handicap;
- Verbale di accertamento dell'invalidità;
- Documentazione medica di cui all'art. 2, comma 9 dell'Avviso;
- Per i disabili residenti in un Comune fuori Ambito, verbale U.V.I. .