



AMBITO TERRITORIALE N 18
per la Gestione, in forma associata, del Piano Sociale di Zona
COMUNI DI CASORIA - ARZANO - CASAVATORE

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 _____

occupazionale: 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 _____

DICHIARA

ai sensi dell'art.46 del D.P.R. 28.12.2000, n.445

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 è in Assistenza Domiciliare Integrata, verbale UVI redatto in data _____;

che la persona di cui il caregiver familiare si prende cura è riconosciuta invalida al 100% o è titolare di indennità di accompagnamento o comunque definita non autosufficiente ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159 del 2013;

che la persona di cui il caregiver familiare si prende cura è riconosciuta disabile grave ai sensi della legge 104/92 art.3 comma 3;



AMBITO TERRITORIALE N 18

per la Gestione, in forma associata, del Piano Sociale di Zona

COMUNI DI CASORIA - ARZANO - CASAVATORE

○ 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 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 nel seguente stato occupazionale: disoccupato – inattivo – occupato (barrare la propria condizione occupazionale)
- 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).



AMBITO TERRITORIALE N 18

per la Gestione, in forma associata, del Piano Sociale di Zona

COMUNI DI CASORIA - ARZANO - CASAVATORE

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 _____

CodiceFiscale _____ IBAN _____

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.
- a consegnare verbale UVI redatto dal Disterro Sanitario competente territorialmente a seguito di valutazione richiesta per la definizione del punteggio attribuito ai sensi del DPCM 2016;
- All'atto della domanda ad iscriversi al registro Regionale dei caregivers familiari di cui alla DGR n. 124 del 2021 non appena attivo.

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 la 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, all'anonimizzazione e al blocco dei dati trattati.

Data _____

Firma Assistito

Firma Caregiver

* Qualora l'assistito sia impossibilitato alla firma va allegata la carta di identità.



AMBITO TERRITORIALE N 18

per la Gestione, in forma associata, del Piano Sociale di Zona
COMUNI DI CASORIA - ARZANO - CASAVATORE

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
- Copia del decreto di invalidità e/o di accompagnamento;
- Copia del verbale attestante lo stato di Handicap ai sensi della legge 104/92 art.3 comma 3.



AMBITO TERRITORIALE N 18
per la Gestione, in forma associata, del Piano Sociale di Zona
COMUNI DI CASORIA - ARZANO - CASAVATORE
