

AZIENDA CONSORTILE DEI SERVIZI SOCIALI A.C.C.C. Ambito N19
Ufficio Di Piano Via Don Luigi Sturzo N°12 - 80021 Afragola (Na)
Comuni di Afragola, Caivano, Cardito e Crispano
REGIONE CAMPANIA
C.F. 09561061210
PEC: aziendaconsortileaccc@pec.it
Email: aziendaconsortileaccc@gmail.com

Allegato A
Schema di domanda da
compilare

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 – scheda 3.2. Richiesta di accesso al voucher di € 750.

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 _____

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. _____ Via / P.zza
_____ n.° _____ CAP _____
domiciliato presso _____ CAP _____ tel. _____
cell. _____ Codice Fiscale _____

DICHIARA

Di essere:

- cittadino italiano;

oppure

- 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 carico** alle Cure Domiciliari Integrate;
- 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 a conoscenza che, qualora la documentazione richiesta sia priva dei requisiti richiesti, l'Azienda Consortile è titolata 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 il Richiedente è titolare di conto corrente **No Libretti Postali**)

sul conto corrente intestato a: Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____ IBAN (**No libretti Postali**) _____

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'Azienda Consortile di competenza in qualità di titolare e responsabile.

I dati sopra richiesti verranno trattati dal Comune di residenza e dall'Azienda Consortile 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 del richiedente

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 del richiedente in corso di validità.