

(Allegato A all'Avviso schema di domanda)



REGIONE UMBRIA



Comune di Foligno



Comune di Bevagna



Comune di Gualdo
Cattaneo



Comune di Montefalco



Comune di Nocera
Umbra



Comune di Sellano



Comune di Spello



Comune di Trevi



Comune di Valtopina

Avviso pubblico di selezione per l'accesso al contributo economico concesso ai caregiver familiari, finalizzato al sostegno del ruolo di cura e di assistenza, **ai sensi del DPCM del 27 ottobre 2020 (anni 2018-2019-2020). Richiesta di accesso al contributo economico.**

Il/la sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____
nato/a il _____ nel Comune di _____ Prov. _____
Stato _____ residente nel Comune di _____
in Via _____ / P.zza _____ n.° _____ CAP _____
tel. _____ cell. _____ Codice Fiscale _____
Indirizzo email _____;

in qualità di caregiver familiare (Art. 2 dell'Avviso pubblico) di:

Nome _____ Cognome _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____
residente in _____ Comune afferente la Zona Sociale n. _____ Via / P.zza _____
n.° _____ CAP _____
domiciliato presso _____ CAP _____ tel. _____
cell. _____ Codice Fiscale _____
Indirizzo email _____;

DICHIARA

Di essere:

cittadino italiano;

cittadino comunitario;

cittadino non comunitario, in possesso di titolo di soggiorno regolare 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 possesso di piano assistenziale personalizzato, redatto dai servizi sociali e socio-sanitari territorialmente competenti, al quale il Patto per la cura si riconduce, definito in data _____ e valido fino al _____;
- che presso _____, in data _____, è stata presentata richiesta di valutazione del proprio familiare per la predisposizione del piano assistenziale personalizzato;
- 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
(ai sensi dell'art. 71 D.P.R. 445/2000)

- di essere caregiver di una persona con disabilità gravissima (accertata con Verbale n. ____ del _____);
 - di essere caregiver di persona che non ha avuto accesso a strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali o per non disponibilità di posti comprovata da idonea documentazione;
 - di essere caregiver di una persona inserita in un programma di accompagnamento finalizzato alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita, comprovata da idonea documentazione;
 - di avere nel proprio nucleo familiare n. _____ figli di età inferiore ai 18 anni;
 - di avere nel proprio nucleo familiare n. _____ componenti in condizione di disabilità gravissima ai sensi dell'art. comma 3, della l. 104/92;
 - di essere caregiver di una persona con disabilità grave (accertata con Verbale n. ____ del ____) ma non rientrante nelle tipologie a),b), c) di cui alla griglia di valutazione allegato B) all'avviso;
 - che la propria situazione reddituale, risultante da certificazione ISEE è:
 - inferiore a 25.000 euro, ovvero pari ad € _____ ;
[n.d.r. inserire l'importo dell'ISEE]
 - ricompresa entro la fascia da 25.001,00 euro a 35.000,00 euro, ovvero pari ad € _____ ;
[n.d.r. inserire l'importo dell'ISEE].
 - di fare parte del nucleo familiare della persona da assistere;
 - di avere la residenza in altro modulo abitativo, ma collocato nella medesima struttura nella quale risiede il proprio familiare;
- 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-).

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.

CHIEDE

di essere ammesso a ricevere il contributo (ai sensi del DPCM del 27 ottobre 2020), previsto dall'Avviso pubblico per l'accesso al contributo 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)

INFINE DICHIARA

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 della persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione della 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 Foligno in qualità di titolare e responsabile.

I dati sopra richiesti verranno trattati dal Comune di Foligno 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;