



CONSORZIO PER IL WELFARE INTEGRATO AMBITO TERRITORIALE SOCIALE A02

(Delibera G.R. Campania n. 320 del 03/07/2012 Distretto Sanitario ASL Avellino 2)
Comuni di: Contrada, Forino, Mercogliano, Monteforte Irpino, Ospedaletto
D'Alpinolo, Sant'Angelo a Scala, Summonte
C.F.92106340646 – Conto di Tesoreria 0320406 Banca d'Italia
Sede legale: Piazza Municipio n. 1, 83013 Mercogliano (AV)
Telefono +39.0825689037 – Fax +39.0825682480
EMAIL: ambitosocialea02@comunemercogliano.it – PEC: udp.ambitoa02@pec.it



Schema di domanda

All'Ambito Territoriale Sociale A02
Consorzio per il welfare integrato dell'Ambito A02
C/o Centro Polifunzionale Vigilio Barbieri – La Città
a Spasso
Via Traversa 131/bis
83013 Mercogliano (AV)
PEC: udp.ambitoa02@pec.it

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: 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;
- 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 Assistenza Domiciliare Integrata;**

- Di essere consapevole che resta fermo il principio generale secondo il quale, il cittadino possa presentare istanza per accedere ad un beneficio, anche nelle more del completamento delle operazioni di accertamento o valutazione della condizione di non autosufficienza, dichiarando espressamente nell'istanza tale evenienza che la persona di cui il caregiver familiare si prende cura ha fatto richiesta di valutazione della condizione di disabilità alla PUA del distretto dell'Asl di riferimento;
- 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 il soggetto di cui il caregiver familiare si prende cura ha fatto richiesta di valutazione della condizione di disabilità alla PUA distrettuale dell'Asl di riferimento, con riferimento numero di protocollo _____ in data _____;
- 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 disabilità¹;
- di avere la residenza in altro comune rispetto a quello nel quale risiede il proprio familiare;
- che la persona di cui il caregiver familiare si prende cura è invalida al 100% o titolare di indennità di accompagnamento o con riconoscimento di gravità ai sensi della Legge 104/92 art. 3 c. 3;
- che la persona di cui il caregiver familiare si prende cura non usufruisce di nessuno dei seguenti programmi di assistenza:
 - Programma Home Care;
 - Programma per la Vita Indipendente;
 - Programma "Dopo di Noi";
 - Programma di Assegno di Cura;

¹ 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).

- 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 Sociale è titolato a dichiarare inammissibile la domanda.

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 _____

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;
- **ad iscriversi al Registro regionale dei caregivers familiari di cui alla DGR n. 124/2021 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 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.

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 (in caso di cittadino straniero);
- attestazione ISEE in corso di validità;
- dichiarazione dell'assistito (o suo amministratore di sostegno, tutore o curatore o genitore) di individuazione del caregiver familiare per lo svolgimento delle attività di cura e consenso per la comunicazione dei dati personali nell'ambito del procedimento volto ad ottenere il voucher 3.2.

Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la Sottoscritto/a

Nome	
Cognome	
Data di nascita	
Codice fiscale	
Indirizzo di residenza	

In qualità di:

- assistito
- amministratore di sostegno dell'assistito _____
- tutore dell'assistito _____
- curatore dell'assistito _____
- genitore dell'assistito _____

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

Di individuare il caregiver familiare, per lo svolgimento delle attività di cura, nella persona di seguito indicata:

Nome	
Cognome	
Data di nascita	
Codice fiscale	
Indirizzo di residenza	
Grado di parentela	

ESPRIME

Il consenso per la comunicazione dei dati personali dell'assistito nell'ambito del procedimento volto ad ottenere il voucher 3.2.

Allega copia documento riconoscimento in corso di validità

DATA

FIRMA
