

SCHEMA DI DOMANDA

All'Ambito di Castrovillari

Ufficio di Piano- Servizi Sociali

Piazza Municipio, 1 – 87012 CASTROVILLARI (Cs)

Sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare (ex comma 255 dell'art. 1 della Legge n. 205/2017). Avviso pubblico di selezione, 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. _____

Codice fiscale _____ residente in _____

Comune afferente all'Ambito di Castrovillari

Via / P.zza _____ n.° _____ cap _____

mail _____ tel _____ cell _____

domiciliato presso _____

Via / P.zza _____ n.° _____ cap _____

DICHIARA

Di essere:

cittadino italiano;

cittadino comunitario;

cittadino non comunitario, in possesso di titolo di soggiorno regolare n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____, 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 o valutazione, redatto dall'UVM territorialmente competenti, valido fino al _____

DICHIARA

(ai sensi dell'art. 71 D.P.R.445-2000)

di essere caregiver di una persona con disabilità gravissima (accertata con Verbale n. _____ del _____)

OPPURE

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

OPPURE



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

Non beneficiari di congedi straordinari

Caregiver a nucleo composto da 1 componente

Caregiver con figli minori n. _____

Caregiver di persone che non hanno avuto altre risposte assistenziali, se si quali _____

Caregiver di persone appartenenti a nucleo familiare con altri soggetti disabili

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 dell'anno 2022 è:

inferiore a **10.000** euro, ovvero pari ad € _____;
[n.d.r. inserire l'importo dell'ISEE].

ricompresa entro la fascia da **10.001,00** euro a **20.000,00** euro, ovvero pari ad € _____
[n.d.r. inserire l'importo dell'ISEE].

ricompresa entro la fascia da **20.001,00** euro a **35.000,00** euro, ovvero pari ad € _____
[n.d.r. inserire l'importo dell'ISEE].

di beneficiare dei seguenti contributi (elencare):

_____ per un importo pari a € _____;

_____ per un importo pari a € _____;

_____ per un importo pari a € _____;

_____ per un importo pari a € _____;

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.

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 l'Ambito di Castrovillari in qualità di titolare e responsabile.

I dati sopra richiesti verranno trattati dall'Ambito di Castrovillari 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;
- certificazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità ai sensi della normativa vigente (**ISEE anno 2022**);

