

DOMANDA DI ACCESSO AL BANDO PUBBLICO PER L'ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI PER CAREGIVER FAMILIARE E ASSISTENTE FAMILIARE A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA E GRAVE DISABILITÀ DI CUI AL FONDO NAZIONALE PER LE NON AUTOSUFFICIENZE ANNO 2016 IN APPLICAZIONE DELLA D.G.R. N. 5940/2016 (MISURA B2)

All'UFFICIO DI PIANO
AMBITO DI CORTEOLONA
Via Garibaldi, 6 - 27014
CORTEOLONA E GENZONE (PV)

La/il sottoscritta/o (cognome) _____ (nome) _____
nata/o a _____ Prov _____ il _____
Residente a _____ prov _____ cap _____
via _____ n. _____
tel. _____ cell. _____
e-mail _____ codice fiscale _____

in qualità di:

- diretto interessato
 Familiare
 Curatore
 Tutore
 Amministratore di Sostegno

di:

cognome/nome _____
nata/o a _____ il _____
Residente a _____ prov _____ cap _____
via _____ n. _____
tel. _____ cell. _____
e-mail _____ codice fiscale _____

CHIEDE

di accedere all'assegnazione del BUONO SOCIALE per

- CARE GIVER FAMILIARE
 ASSISTENTE FAMILIARE

a favore di persone in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze anno 2016 e fondi ex l.r. n. 15/2015 in applicazione della d.g.r. n. 5940/2016 (MISURA B2).
A tal fine, avvalendosi della facoltà concessa dall'art.46 del citato D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Che la persona destinataria dell'intervento:

- è residente nel Comune di _____;

- ha un ISEE pari a € _____
- si trova in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992
- è percettore di indennità di accompagnamento
- di essere a conoscenza che ai sensi del D.P.R. 403/98 art.11, comma 1, si potrà procedere ad idonei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 403/98 art.11 comma 3, la/il sottoscritta/o decadrebbe dai benefici ottenuti;
- di aver preso visione del Bando pubblico per l'assegnazione di contributi per care giver familiare e assistente familiare a favore di persone in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze anno 2016 e fondo ex l.r. n. 15/2015 in applicazione della d.g.r. n.5940/2016 (MISURA B2)

INDICA

i dati anagrafici e i recapiti del **caregiver familiare** di cui ha necessità quotidiana di aiuto e supporto:

- Cognome e nome _____
- nato/a a _____ il _____
CF _____
- residente a _____ prov _____ c.a.p. _____
via _____ n. _____
- recapito telefonico _____ cell. _____ e-mail _____
- grado parentela _____
- convivente non convivente

i dati anagrafici e i recapiti **dell'assistente familiare** regolarmente assunta per n. _____ ore settimanali. di cui ha necessità quotidiana di aiuto e supporto:

- Cognome e nome _____
- nato/a a _____ il _____
CF _____
- residente a _____ prov _____ c.a.p. _____
via _____ n. _____
- recapito telefonico _____ cell. _____

ALLEGATA

- Copia certificazione rilasciata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992;
- Copia certificazione riconoscimento indennità di accompagnamento;
- Attestazione ISEE in corso di validità;
- Copia documento d'identità e Codice Fiscale del beneficiario;
- Copia documento d'identità del dichiarante, se diverso dal beneficiario;
- Copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno del beneficiario, qualora presente;
- Copia del Permesso di soggiorno o della Carta di soggiorno, per richiedenti extracomunitari residenti nei Comuni dell'Ambito di Corteolona;
- Copia di regolare contratto di lavoro per assistente familiare (per i richiedenti il buono sociale per assistenti familiari);
- Altro (specificare) _____

COMUNICA

i dati utili ai fini dell'accreditamento del Buono Sociale tramite bonifico sul conto corrente bancario/postale intestato al richiedente:

Banca _____

IBAN _____

Luogo _____, li _____

Firma del Dichiarante

Informativa e consenso al trattamento dei dati:

In base a quanto disposto dall'Art. 13 del D.lgs 196/2003 sono informato circa il trattamento dei miei dati personali ed in particolare che:

- La finalità del trattamento è la valutazione per l'erogazione degli interventi per persone con disabilità grave e anziani non autosufficienti in applicazione della D.G.R. N. 5940/2016 (MISURA B2) e per le procedure amministrative inerenti l'espletamento della pratica.
- I dati saranno trattati su supporti cartacei ed elettronici.
- Il conferimento dei dati ha natura facoltativa, tuttavia la loro mancanza non consentirà di dare luogo alle attività di cui sopra.
- Potranno essere esercitati i diritti di accesso ai dati di cui all'Art. 7 del D. lgs. 196/2003.

Luogo _____, li _____

Firma del Dichiarante
