



## Allegato A

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;
- che in data \_\_\_\_\_ prot. \_\_\_\_\_ è stata presentata richiesta per l'Assistenza Domiciliare Integrata per la valutazione in UVI della gravità (grave / gravissima) con strumenti in uso (SVAMA e SVAMDI);
- 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, di cui si allega dichiarazione firmata

### 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 \_\_\_\_\_)
- di essere caregiver di una persona riconosciuta invalida al 100% (accertata con Verbale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_)
- di essere caregiver di una persona titolare di indennità di accompagnamento (riconosciuto 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  
sì no;
- 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 sia priva dei requisiti richiesti, l'Ambito Territoriale è titolato 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 titolari di conto corrente) sul conto corrente intestato a:
- Nome e Cognome \_\_\_\_\_
- Codice Fiscale \_\_\_\_\_
- IBAN \_\_\_\_\_

### SI IMPEGNA

- o ***a rendicontare le spese sostenute ENTRO IL 31/8/2023*** fornendo la relativa idonea documentazione giustificativa, dalla quale si evince chiaramente chi ha effettuato il pagamento, la causale e il beneficiario.
- o ***a produrre prova della richiesta UVI se il proprio assistito è residente in un territorio non afferente al Distretto 38 dell'ASL n 2 Nord.***

### INFINE DICHIARA

- o 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;
- Attestazione ISEE in corso di validità
- Dichiarazione di individuazione del caregiver
- Decreto di invalidità dell'assistito



## Dichiarazione di individuazione del caregiver familiare

Dati (Barrare la casella di interesse)

- della persona disabile o non autosufficiente assistita  
 del tutore       del curatore       dell'amministratore di sostegno

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Genere F/M \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
data di nascita \_\_\_\_\_  
Residenza via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_

### INDICA QUALE PROPRIO CAREGIVER

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
data di nascita \_\_\_\_\_  
Residenza via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_

In qualità di caregiver familiare per lo svolgimento delle attività di cura di cui necessita nella vita quotidiana e di relazione, per il suo benessere psico-fisico;

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### Si allega documento di identità del dichiarante

La presente dichiarazione è resa sotto la propria personale responsabilità e consapevolezza delle sanzioni previste dall'art. 76 dei DPR445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1 del medesimo DPR