

(Allegato A1 all'Avviso schema di domanda)



Avviso pubblico di selezione per l'accesso al contributo economico concesso ai *caregiver* familiari, finalizzato al sostegno del ruolo di cura e di assistenza (DPCM del 30 novembre 2023).

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 30 novembre 2023, recante i criteri e le modalità di utilizzo delle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare per l'annualità 2023, Legge 27 dicembre 2017, n.205, previsto dall'Avviso pubblico per l'accesso al contributo concesso ai caregiver familiari, finalizzato al sostegno del ruolo di cura e di assistenza

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;**