

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTO ECONOMICO STRAORDINARIO
A FAVORE DI ANZIANI PER LE SPESE SOSTENUTE PER ASSISTENTI FAMILIARI**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
(art. 46 - 47 - 75 e 76 del D.P.R. 445/00)**

Il sottoscritto/a, Cognome _____ Nome _____
nat_ a _____ Prov/Stato _____ il ___/___/_____
residente a _____ C.A.P. _____
Via _____ n. _____
Cell. _____ e-mail _____
Codice Fiscale _____

Nel caso in cui il richiedente sia persona diversa dal beneficiario del contributo, compilare anche la parte che segue:

Nella sua qualità di:

- Figlio
- Coniuge
- Familiare (specificare _____)
- Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno (estremi decreto di nomina _____)
- Altro (specificare _____)

di (indicare di seguito i riferimenti del beneficiario del contributo)

Cognome _____ Nome _____
nat_ a _____ Prov/Stato _____ il ___/___/_____
residente a _____ C.A.P. _____
Via _____ n. _____
Cell. _____ e-mail _____
Codice Fiscale _____

fa istanza di assegnazione del contributo economico straordinario a favore di anziani per le spese sostenute per assistenti familiari, in attuazione del progetto "Sostegno alle famiglie con assistenti familiari" inserito nel "Programma attuativo 2018 del Piano di Zona per la salute e il benessere sociale" e all'avviso pubblicato dall'Unione Reno Galliera in qualità di Ente capofila del Distretto Pianura Est

A tal fine, ai sensi dell'art.47 del DPR n.445/2000 e s.m.i., consapevole del fatto che potranno essere effettuati controlli e che in caso di dichiarazioni false saranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 del DPR n. 445 del 28/12/2000), sotto la propria responsabilità,

DICHIARA CHE IL DESTINATARIO

- è residente nel Comune di _____;
 - ha un'età superiore a 65 anni, con ridotta autonomia;
 - non beneficia di assegno di cura così come definito dal regolamento di cui alla delibera Azienda USL Bologna n. 66 del 15/04/2011 e/o di prestazioni erogate nell'ambito del progetto INPS Home Care Premium e/o di ulteriori prestazioni assistenziali fornite da altri soggetti in modo continuativo (Servizio di Assistenza Domiciliare, ecc.);
 - ha un contratto di lavoro con l'Assistente Familiare di almeno 25 ore settimanali, con inquadramento del lavoratore nel livello C con profilo C super o livello D con profilo D super;
 - è in possesso di un ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria calcolato secondo quanto previsto dall'art. 6 del DPCM 159/2013 e s.m.i., in corso di validità, non superiore a € 35.000,00, protocollo INPS-ISEE _____, con un valore ISEE pari ad € _____;
 - non beneficia di contributi da parte di altri soggetti pubblici per la stessa tipologia di spesa;
- è:
- cittadino/a italiano;
 - cittadino regolarmente soggiornante di un Paese membro nell'Unione Europea;
 - cittadino di uno Stato non appartenente all'Unione Europea in possesso di permesso di soggiorno in corso di validità (permesso n. _____, rilasciato da _____; validità fino al _____);
 - cittadino di uno Stato non appartenente all'Unione Europea in possesso della ricevuta della richiesta di rinnovo presentata entro sessanta giorni dalla data di scadenza del permesso precedente.

DICHIARO ALTRESÌ

generalità datore di lavoro:

Cognome _____ Nome _____
nat_ a _____ Prov/Stato _____ il ____/____/____
residente a _____ C.A.P. _____
Via _____ n. _____

Cell. _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____

Nella sua qualità di:

Figlio del beneficiario Coniuge del beneficiario Familiare del beneficiario (specificare _____)

Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno (estremi decreto di nomina _____) del beneficiario

Altro (specificare _____)

generalità assistente familiare:

Cognome _____ Nome _____

nat_a _____ Prov/Stato _____ il ____/____/____

residente a _____ C.A.P. _____

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

generalità in merito al contratto ed alle prestazioni garantite all'anziano/a

- l'entità dell'impegno previsto nel contratto di lavoro è commisurabile a numero di ore settimanali pari a _____;
- l'inquadramento del lavoratore nel livello _____ con profilo _____;
- l'attività di assistenza viene svolta a favore dell'anziano/a presso il domicilio del medesimo.

Che la spesa effettivamente sostenuta nell'anno 2018, al momento della presentazione della domanda ammonta a € _____

In caso di accoglimento dell'istanza il sottoscritto chiede che il contributo venga erogato tramite accredito su conto corrente intestato a _____ residente in Via/Piazza _____ Comune di _____ Tel. _____ C.F. _____ presso (Posta o Banca) _____ filiale di _____ con le seguenti coordinate IBAN, con addebito delle relative spese:

PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	CONTO CORRENTE																		
I	T																						

Al fine di evitare eventuali disguidi, si raccomanda di allegare la stampa del codice IBAN.

A CORREDO DELL'ISTANZA SI ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- **contratto di lavoro dell'Assistente Familiare;**
- **documenti contabili (fatture, buste paga, ecc) che attestino la spesa effettivamente sostenuta al momento della presentazione della domanda relativa all'anno 2018;**
- **fotocopia del documento di identità in corso di validità.**

AVVERTENZA

L'Amministrazione informa, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni, concernente il " Codice in materia di protezione dei dati personali", del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e del D.Lgs. 101/2018, recante le disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento UE 2016/679, che:

- a. il trattamento dei dati conferiti con la presente dichiarazione è finalizzato allo sviluppo del procedimento amministrativo per l'accesso al contributo relativo all' "AVVISO PUBBLICO PER L'ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI ECONOMICI STRAORDINARI A FAVORE DI ANZIANI PER LE SPESE SOSTENUTE PER ASSISTENTI FAMILIARI";
- b. il trattamento degli stessi dati sarà effettuato con modalità informatizzate e manuali;
- c. il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e degli altri adempimenti procedurali;
- d. il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l'annullamento del procedimento per impossibilità a realizzare l'istruttoria necessaria;
- e. il dichiarante può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., avendo come riferimento il responsabile competente del trattamento degli stessi così come individuato dalla stessa Amministrazione [di cui al punto f)];
- f. il titolare del trattamento è l'Unione/Comune di _____ e l'Unione Reno Galliera - Ufficio di Piano distrettuale.

_____,
Luogo

_____,
data

IL DICHIARANTE
