



DISTRETTO PIANURA EST

Città Metropolitana di Bologna

Comuni di Budrio, Castenaso, Molinella, Unione Reno Galliera (per i Comuni di Argelato, Bentivoglio, Castel Maggiore, Castello d'Argile, Galliera, Pieve di Cento, San Giorgio di Piano, San Pietro in Casale), Unione Terre di Pianura (per i Comuni di Baricella, Granarolo dell'Emilia, Malalbergo, Minerbio)

All'Unione Reno Galliera

AVVISO PUBBLICO PER L'ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI ECONOMICI STRAORDINARI PER LE SPESE SOSTENUTE PER ASSISTENTI FAMILIARI, DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE DELL'UNIONE RENO GALLIERA N. SPER/743 del 31.10.2022
DOMANDA DI CONTRIBUTO

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 per le spese sostenute per assistenti familiari, in attuazione del progetto "Sostegno alle famiglie con assistenti familiari" inserito nel "Programma attuativo 2022 del Piano di Zona per la salute e il benessere sociale" e all'avviso approvato 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

1. è residente nel Comune di _____;
2. ha un'età superiore a 65 anni, con ridotta autonomia;
oppure
 ha un'età superiore a 18 anni con disabilità grave o non autosufficienza, come definite ai fini ISEE;
3. è in possesso di un valore ISEE 2022 (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 di € _____ (non superiore a € 35.000,00) rilasciato con attestazione ISEE Numero Protocollo INPS-ISEE _____ data _____;
oppure
 ha sottoscritto una DSU (Dichiarazione Sostitutiva Unica): Numero Protocollo INPS-DSU _____ data _____;
4. 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.
5. non beneficia di contributi da parte di altri soggetti pubblici per la stessa tipologia di spesa;
6. non ha beneficiato, nelle mensilità per le quali si richiede il contributo, di assegno di cura così come definito dal regolamento di cui alla delibera Azienda USL Bologna n. 66 del 15.04.2011 e/o dal regolamento di cui alla delibera Azienda USL Bologna n. 101 del 15.05.2013 e/o di prestazioni erogate nell'ambito del progetto INPS Home Care Premium e/o di ulteriori prestazioni assistenziali fornite dall'Unione Reno Galliera/Comuni del Distretto in modo continuativo (Servizio di Assistenza Domiciliare con intervento plurintensivo (da 7 e oltre interventi/settimana) o intensivo (da 3 a 6 interventi /settimana));

7. nelle mensilità per le quali si richiede il contributo, aveva un'Assistente Familiare con contratto di lavoro di almeno 25 ore settimanali, con inquadramento del lavoratore nel livello C con profilo C super o livello D con profilo D super;

DICHIARA 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 al beneficiario

- 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 del beneficiario presso il domicilio del medesimo.

- 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 Reno Galliera - Ufficio di Piano distrettuale.

_____, _____
Luogo data

IL DICHIARANTE
