

SCHEMA DI DOMANDA

AVVISO PUBBLICO PER L'ACCESSO AL CONTRIBUTO ECONOMICO CONCESSO AI CAREGIVER FAMILIARI, FINALIZZATO AL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA (EX DPCM DEL 27 OTTOBRE 2020, IN ATTUAZIONE DEL COMMA 255 DELL'ART. 1 DELLA LEGGE N. 205/2017).

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____ nato/a il _____
 nel Comune di _____ Prov. _____ Codice Fiscale _____
 residente nel Comune di _____ () in Via/Piazza _____ n. _____
 CAP _____ tel./cell. _____ e.mail _____

in qualità di caregiver familiare (Art. 2 dell'Avviso pubblico) di:

Cognome _____ Nome _____ nato/a il _____ nel
 Comune di _____ Prov. _____ Codice Fiscale _____
 residente in _____ () in Via/Piazza _____ n. _____
 CAP _____ Tel. Cell. _____ e.mail _____

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 assistita dal caregiver familiare (il suo amministratore di sostegno, tutore o curatore) esprime il proprio parere favorevole rispetto alle attività svolte dal proprio caregiver 445/2000).

DICHIARA INOLTRE

(ai sensi dell'art. 71 D.P.R. 445/2000)

- ☐ **tipologia A)** di essere caregiver di una persona con disabilità gravissima, quest'ultima accertata con Verbale n. _____ del _____);
- ☐ **tipologia B)** 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;
- ☐ **tipologia C)** 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;
- ☐ che la propria situazione reddituale, risultante da certificazione ISEE (valida al momento di presentazione della domanda) è di € _____, ovvero non è superiore a € 30.000,00;
- ☐ 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;

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendacio 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 27 ottobre 2020), finalizzato al sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare (ex comma 255 dell'art. 1 della Legge n. 205/2017).

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 Spilinga (VV) in qualità di titolare e responsabile.

Allega alla presente i seguenti documenti obbligatori (barrare la voce interessata):

DOCUMENTAZIONE A CURA DEL CAREGIVER FAMILIARE:

- ☐ copia di un documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore e, laddove necessario, copia del permesso di soggiorno e/o cedolino di rinnovo del medesimo;
- ☐ certificazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità al momento della presentazione della domanda, ai sensi della normativa vigente;

DOCUMENTAZIONE DELLA PERSONA DISABILE (INDICATA NELLA DOMANDA) DI CUI IL CAREGIVER FAMILIARE SI PRENDE CURA:

- ☐ copia del documento di identità in corso di validità della persona disabile (o suo amministratore di sostegno, tutore o curatore) di cui il caregiver familiare si prende cura;
- ☐ copia del permesso di soggiorno e/o cedolino di rinnovo della persona disabile di cui il caregiver familiare si prende cura;
- ☐ copia di provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno, tutore o curatore della persona disabile (ove presente);
- ☐ copia certificazione per tipologia A (documentazione attestante disabilità gravissima);
- ☐ copia certificazione per tipologia B (documentazione comprovante mancato accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali);
- ☐ copia certificazione per tipologia C (documentazione comprovante un programma di accompagnamento finalizzato alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita);

Data, _____

Firma _____