Unione europea
Fondo sociale europeo

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Pari Opportunità

REGIONE CAMPANIA

FSE POR CAMPANIA 2014 - 2020

Ambito Territoriale S01_2
Comunità Sensibile
Azienda Speciale Consortile

Allegato A
Schema di domanda

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. D.D. n.114 del 23/03/2023 - Intervento 3.2
CUP: C31H23000010008

RICHIESTA DI ACCESSO AL VOUCHER

Il/la sottoscritto

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 S01_2 _____ Via / P.zza_____

_____ n. _____ CAP _____

domiciliato presso _____ CAP _____

tel._____

cell. _____ Codice Fiscale _____

DICHIARA
ai sensi degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000

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 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

- ☐ 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 ___/___/_____);
- ☐ 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;
- ☐ 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 richiesta sia priva dei requisiti richiesti, l'Ambito Territoriale è titolato a dichiarare inammissibile la domanda.
- ☐ di aver acquisito formale consenso ai fini della comunicazione dei dati riferiti alla persona assistita nell'ambito del procedimento volto ad ottenere il voucher 3.2 da parte di:
  - ☐ Persona Disabile o non autosufficiente/Assistita
  - ☐ Tutore
  - ☐ Curatore
  - ☐ Amministratore di sostegno

del/della Sig./Sig.ra_____

CodiceFiscale_____

nato/a a_____ (_____)

il____/____/_____, residente a _____ (_____) in _____n° _____

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 **D.D. n.114 del 23/03/2023** 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 conto corrente intestato a:

  Nome e Cognome_____ Codice Fiscale _____

  IBAN _____

  (Allegare attestazione IBAN rilasciata dall'istituto bancario o postale);

SI IMPEGNA

- ☐ a rendicontare le spese sostenute fornendo la relativa idonea documentazione giustificativa, dalla quale si evince chiaramente chi ha effettuato il pagamento, la causale e il beneficiario;
- ☐ a trasmettere il Verbale UVI del disabile assistito nei termini prescritti dall'Avviso Pubblico, quale condizione prioritaria per l'accesso al beneficio;
- ☐ ad effettuare l'iscrizione al Registro Regionale dei Caregivers familiari;

INFINE DICHIARA

- ☐ 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 dichiarazione 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.

Luogo e Data

_____

Firma del dichiarante

_____

AUTORIZZA

il trattamento dei propri dati personali presenti nella presente dichiarazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679), per i fini propri della presente dichiarazione.

Luogo e Data

_____

Firma del dichiarante

_____

Allegati:

- copia documento di identità in corso di validità del richiedente sottoscrittore;
- copia del permesso di soggiorno e/o del cedolino di rinnovo;
- Attestazione IBAN rilasciata dall'istituto bancario o postale;
- Copia di invalidità civile, indennità di accompagnamento, l.104/92