



DISTRETTO PIANURA EST

Provincia di Bologna

Comuni di Baricella, Budrio, Castenaso, Granarolo dell'Emilia, Malalbergo, Minerbio, Molinella e 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)

Al Comune di Malalbergo

AVVISO PUBBLICO PER L'ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI ECONOMICI STRAORDINARI PER LE SPESE SOSTENUTE PER ASSISTENTI FAMILIARI, DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE DELL'UNIONE RENO GALLIERA N. SPER/533 DEL 20.10.2020

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 2020 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

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. ☐ 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 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));
4. ☐ 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;
5. ☐ è in possesso di un valore ISEE 2020 (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 _____;
6. 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.

7. ☐ non beneficia di contributi da parte di altri soggetti pubblici per la stessa tipologia di spesa;

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 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.

Che la spesa effettivamente sostenuta riferita al periodo 1° Gennaio 2019 - 30 Giugno 2020, 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:

- ☐ copia del documento di identità in corso di validità del destinatario e del richiedente se diverso dal destinatario;
- ☐ copia del contratto di lavoro dell'Assistente Familiare nel quale dovrà essere indicato il numero di ore settimanali, il livello e il profilo;
- ☐ copia dei documenti contabili (fatture, buste paga, contributi INPS, ecc.) che attestino la spesa effettivamente sostenuta al momento della presentazione della domanda relativa al periodo 1° Gennaio 2019 - 30 Giugno 2020;
- ☐ solo per i cittadini non comunitari: copia del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo o permesso di soggiorno non inferiore a un anno in corso di validità, oppure copia della ricevuta del pagamento effettuato.

IL DICHIARANTE PRENDE ATTO CHE

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:

- 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 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 il Comune di Malalbergo e l'Unione Reno Galliera - Ufficio di Piano distrettuale.

_____,
Luogo

_____,
data

IL DICHIARANTE
