|  |  |
| --- | --- |
|  | **CONSORZIO INTERCOMUNALE DI SERVIZI****BEINASCO - BRUINO - ORBASSANO****PIOSSASCO - RIVALTA - VOLVERA****STRADA VOLVERA, 63- 10043 - ORBASSANO****TEL. 011/ 901.77.89 - 903.42.08 / FAX 901.91.67****E. mail** **ccidis@cidis.org** **P.E.C.** **cidis@pec.cidis.org** **Sito www.cidis.org** **Codice Fiscale N. 95551120017 - P. IVA 07477300011** |
|  |  |

# DOMANDA

**di partecipazione al contributo a sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare**

# (ai sensi della DGR 3 – 3084 del 16 aprile 2021 - allegato A).

Il/la sottoscritto/a (caregiver)…………………….................................................……….............................................

nato/a a ….....................…………....................................... prov. ….......... il …....../............/..........….………..............

residente a …........................................... prov. …........ via/piazza ….....................……..........................................

CAP……………………..tel/cell……………………..........................….e-mail...........................................................................

Codice Fiscale …………………...............................................…..….............................................................................

Rapporto con l’assistito:

❑ coniuge ❑ unito civilmente ❑ convivente ❑ figlio/figlia ❑ fratello/sorella ❑ nuora ❑ genero

❑ padre/madre ❑ nipote ❑ pronipote

**CHIEDE**

di essere ammesso al contributo straordinario per caregiver familiare di cui alla DGR 3-3084/2021 del 16 aprile 2021 applicata per il CIdiS con Delibera del Consiglio di Amministrazione n. …. del…………..

A tal scopo, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole della decadenza dei benefici connessi e delle sanzioni penali previste, ai sensi degli articoli 75 e 76 dello stesso DPR, in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**DICHIARA quanto riportato nei seguenti Quadri A, B, C e D:**

**Quadro A)**

1. di assistere, presso il suo domicilio, il familiare indicato al successivo Quadro B.

2. di essere consapevole che la concessione del contributo straordinario è incompatibile con la fruizione di contributi finalizzati a: progetti di vita indipendente (DGR 51-8960/2019), interventi domiciliari a persone affette da SLA (DGR 23-3624/2012 e 39-64/2014), Fondo Non Autosufficienze (DGR 3-2257/2020), contributo straordinario per persone non autosufficienti in situazione di fragilità economica (DGR 3-3084/2021).

3. di essere consapevole che il contributo è condizionato all’effettiva permanenza a domicilio della persona non autosufficiente.

**Quadro B)**

che il familiare assistito è:

Cognome e Nome ...............………………………………….......................................................................

nato/a a …………………………………………….……......…….il ………………………

e residente a …..………………………… indirizzo ………………………………………………. CAP……….............

tel./cell. ............/…………….…………

Che il familiare assistito si trova nelle seguenti condizioni (è possibile selezionare più casistiche):

❑ persona in condizione di disabilità gravissima (art 3 Decreto del Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali n. 280/2016). Nel caso di una valutazione che non riporti tale indicazione, il Servizio Sociale provvederà a richiederlo direttamente alle Unità di Valutazione competenti

❑ persona che non ha avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali (comprovata da idonea documentazione)

❑ persona inserita in struttura residenziale in regime convenzionato, destinataria di programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita

❑ persona inserita in una delle seguenti graduatorie ❑ U.V.G. ❑ U.M.V.D. per progetti di tipo residenziale o domiciliare

❑ persona che non si trova attualmente in una struttura residenziale in regime non convenzionato (regime privato)

❑ persona che riceve e non ha ricevuto alcun contributo a sostegno della domiciliarità (assegno di cura/buono famiglia, contributo per malati di SLA, contributo per vita indipendente)

In qualità di cargiver in maniera continuativa del proprio congiunto non autosufficiente è:

□ convivente

□ residente nello stesso Comune

□ residente in un Comune distante al massimo 20 km (sempre in Italia)

E che inoltre:

□ che nessun familiare si trova in congedo straordinario ex legge 104 per prestare assistenza al proprio congiunto

Oppure

□ che il seguente familiare …………………………… grado di parentela …………………………… si trova in congedo straordinario ex legge 104 per prestare assistenza al congiunto

□ di essere nucleo monoparentale

□ di essere famiglia monoreddito

□ di avere preso atto e accettare integralmente i criteri e le condizioni di erogazione del contributo di cui alla DGR 3-3084/2021

**Quadro C)** ai fini della determinazione dell’importo del contributo

❑ la persona assistita è in possesso di attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità che si allega alla presente. (Si allega ISEE della persona non autosufficiente)

DICHIARA inoltre di essere consapevole che potranno essere eseguiti dei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rilasciate secondo quanto previsto dalla normativa vigente e per gli effetti dalla stessa stabiliti, ivi inclusa la decadenza o la revisione dal beneficio concesso

DICHIARA di essere consapevole che, in caso di attivazione di interventi a sostegno della domiciliarità, il contributo verrà sospeso

COMUNICA i seguenti dati ai fini della riscossione del contributo (se spettante)

Accredito su conto corrente intestato a (caregiver)……………………………………………………………

Codice Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Banca …………………………………………………………

IBAN: (si consiglia di allegare anche copia di un documento della banca in cui sia riportato il codice IBAN, al fine di poter gestire eventuali errori o illeggibilità del codice sotto indicato)

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

di fruire del contributo straordinario per persone non autosufficienti in situazione di fragilità economica (ai sensi della DGR 3 – 3084 del 16 aprile 2021), a tal fine

DICHIARA

di configurarsi in una o più delle seguenti condizioni nel periodo 01/03/2020 – 30/06/2021

* perdita del lavoro del proprio congiunto convivente;
* perdita del lavoro del proprio congiunto non convivente;
* cassa integrazione congiunto convivente;
* cassa integrazione congiunto non convivente;
* cessazione di attività lavorativa in proprio del congiunto convivente;
* cessazione dell’attività lavorativa in proprio del congiunto non convivente;
* avvenuto decesso di un congiunto con reddito non inferiore ai 15.000,00 lordi annui.

DICHIARA altresì

* di essere assistito personalmente dal congiunto convivente;
* di essere assistito personalmente dal congiunto non convivente;
* di essere assistito mediante l’intervento di un assistente familiare, in possesso di regolare contratto di lavoro domestico, allegato alla presente istanza;
* di disporre di un ISEE Socio Sanitario in corso di validità pari a €………………………………, come risulta dall’attestazione allegata;
* di non beneficiare di altri servizi ed interventi a carico del Consorzio e/o dell’ASL (attivati tramite U.V.G.);
* di aver preso visione e di accettare le condizioni proprie del Contributo così come specificate nell’avviso;
* di essere a conoscenza che il presente provvedimento è di natura straordinaria ed i contributi verranno erogati previo trasferimento delle risorse dagli organi competenti ed avranno durata massima di dodici mesi e/o termineranno con l’esaurimento dei fondi disponibili.
* di autorizzare espressamente e senza alcuna limitazione, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e dell’art. 13 del GDPR (Reg. UE 2016/679), il Consorzio e per esso il responsabile del trattamento dei dati personali ed i relativi incaricati, a richiedere i dati personali del Beneficiario ad Enti ovvero a soggetti terzi al fine di eseguire le opportune verifiche sulle condizioni socio- economiche del medesimo;
* di aver compilato in proprio la presente dichiarazione e che quanto in essa espresso corrisponde a verità, consapevole delle responsabilità penali dell’art. 76 D.P.R. 28/12/2000 n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Luogo e data……………………………

 Firma del Dichiarante