



Giunta Regionale della Campania
50-05 Direzione Generale per le Politiche
Sociali e Socio-Sanitarie

Allegato A

Al Comune di

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. Richiesta di accesso al voucher.

Il/la sottoscritto/a

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 *(Barrare con una X la voce interessata)*

in qualità di caregiver familiare di:

Nome _____ Cognome _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

residente in _____ Comune afferente all'Ambito n. _____ Via / P.zza

_____ n.° _____ CAP _____

domiciliato presso _____ CAP _____ tel. _____

cell. _____ Codice Fiscale _____

stato occupazionale: () Occupato / () Disoccupato / () Inattivo *(Barrare con una X la voce interessata)*

DICHIARA

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 _____;



Giunta Regionale della Campania
50-05 Direzione Generale per le Politiche
Sociali e Socio-Sanitarie

- che la persona di cui il caregiver familiare si prende cura è in Assistenza Domiciliare Integrata, con verbale UVI redatto in data _____;
- che in data _____ è stata presentata richiesta per l'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: *(Barrare con una X la voce interessata)*
() coniuge () genitore () figlio-a () convivente di fatto () parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso () sorella-fratello () familiare entro il II grado di parentela () affine entro il III grado di parentela della persona assistita;
- 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.



Giunta Regionale della Campania
50-05 Direzione Generale per le Politiche
Sociali e Socio-Sanitarie

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 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 seguente codice IBAN (conto corrente o carta prepagata):

intestato a: Nome e Cognome _____ Codice Fiscale _____

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.

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 dichiarazioni acquisite, di natura personale e sensibili, saranno trattati esclusivamente per



Giunta Regionale della Campania
50-05 Direzione Generale per le Politiche
Sociali e Socio-Sanitarie

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.

Data _____

Firma _____

Si Allega (pena esclusione):

- copia documento di identità in corso di validità del richiedente sottoscrittore;
- copia del permesso di soggiorno e/o del cedolino di rinnovo;
- attestazione ISEE in corso di validità;
- copia del verbale U.V.I.;
- copia riconoscimento di invalidità al 100% e/o dell'indennità di accompagnamento;
- copia riconoscimento handicap ai sensi della L. 104/92 art. 3 comm. 1/3;
- Dichiarazione sottoscritta dall'assistito o dal suo amministratore di sostegno, tutore o curatore, di individuazione del caregiver familiare corredata da copia documento di identità in corso di validità del firmatario.