**ASSEGNO DI CURA TIPO “A”**

***(supporto alla famiglia che presta direttamente assistenza al proprio familiare non autosufficiente)***

***Schema di domanda***

|  |
| --- |
| Al Sig. Sindaco del Comune di prot. n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

(Riservato all’Ufficio)

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**in qualità di titolare/familiare/tutore/altro (spec.)**

***(la parte sottostante è da compilare soltanto nel caso in cui il richiedente è persona diversa dal titolare)***

del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***fa domanda di Assegno di Cura tipo “A”***

A tal fine, il sottoscritto

***dichiara***

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000

***1. Dati generali***

1. che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;
2. l’impegno della famiglia a garantire le risorse umane necessarie ad assicurare adeguata assistenza a favore del proprio familiare non autosufficiente presso il suo domicilio;
3. l’impegno a presentare ogni anno certificazione ISEE i cui redditi siano riferiti all’ultima dichiarazione dei redditi presentata;
4. di essere a conoscenza che la mancata presentazione della certificazione ISEE, comporta l’esclusione dal beneficio;
5. che la **persona di riferimento** è:

Signor/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***2. Modalità di riscossione***

Il sottoscritto/a sollevando l’Ente da ogni responsabilità

***chiede che la liquidazione del contributo economico venga effettuata con la seguente modalità:***

* Assegno non trasferibile
* Accreditamento bancario, su istituto di credito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Intestato a***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Richiedente | Beneficiario | Persona di riferimento |
|  |  |  |

***4. Comunicazione variazioni***

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunale comunicando tempestivamente, entro 30 giorni dal verificarsi dell’evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona non autosufficiente:

1. l’ingresso in una struttura residenziale ed il relativo periodo di permanenza;
2. il decesso;
3. il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;
4. le variazioni contrattuali relative alle assistenti familiari (licenziamento, variazione orario, sostituzione della persona, ecc.)

In fede

Luogo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma leggibile)

Allega:

* certificato di invalidità per la concessione dell’indennità di accompagnamento rilasciato dalla Commissione Medica competente ai sensi della L. 18/1980;
* attestazione I.S.E.E. 2021 del nucleo familiare della persona non autosufficiente, come disciplinato dai D.Lgs. n. 109/98 e n. 130/2000 e dai D.P.C.M. n. 221/99 e n. 242/01, attestante il valore uguale o al di sotto di € 10.635,30 da produrre annualmente;
* stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di pubblicazione dell’Avviso;
* autocertificazione che attesti l’assistenza diretta al proprio familiare (Assegno di tipo A);
* documento di identità valido del dichiarante.

***Informativa relativa al trattamento dei dati personali***

**Ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR - Regolamento generale sulla protezione dei dati - e del codice della privacy italiano, come modificato dal d.lgs 101/2018, i dati personali forniti dai richiedenti saranno raccolti e trattati con o senza ausilio di mezzi elettronici, secondo quanto indicato nell’informativa dell’avviso stesso di cui il sottoscritto dichiara la presa visione ed accettazione.**

**Data**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Il Dichiarante**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma leggibile)