 **** 

**Allegato A) Schema di domanda**

Al Consorzio Sociale AGORA’ S10

Via Valle, snc

84020 PALOMONTE (SA)

[consorzioagoras10@pec.it](mailto:consorzioagoras10@pec.it)

Oggetto: 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

**IN QUALITA’ 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

**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 ;

* 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 ) o con richiesta di valutazione UVI inoltrata in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* di essere caregiver di una persona con disabilità grave (accertata con Verbale n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del\_\_\_\_\_\_\_) o con richiesta di valutazione UVI inoltrata in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* 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 essere attualmente in carico alla CURE DOMICILIARI integrate;
* 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, il Consorzio Sociale AGORA’ S10 è titolato a dichiarare inammissibile la domanda.

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 (se titolari di conto corrente)
* sul conto corrente intestato a: Nome e Cognome Codice Fiscale IBAN

**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 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.

Data Firma

**Allegati:**

* 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
* altre dichiarazioni