Comune di Davoli Prot. N. 0000000 del 11-04-2024 - Partenza

MODELLO DOMANDA AVVISO PUBBLICO PER LA CONCESSIONE DI CONTRIBUTI "UNA TANTUM" IN FAVORE DI PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI CHE SI AVVALGONO DELL'ASSISTENZA DI UN FAMILIARE "CAREGIVER FAMILIARE"

Al Comune di Davoli

IL RICHIEDENTE:

Il/la sig./ra (cognome)_____ (nome)_____

nato/a a _____ Prov. di_____ il _____

residente a_____ Prov. _____

in via _____ n°_____

codice fiscale_____

Tel. _____ email _____

In qualità di ☐ beneficiario, ☐ tutore, ☐ curatore, ☐ amministratore di sostegno ☐ altro_____

Per conto del ***BENEFICIARIO*** sotto riportato (compilare solo se si tratta di persona diversa dal richiedente)

COGNOME_____NOME_____

NATO/A A_____PROV._____IL_____

RESIDENTE A_____VIA_____N°_____

PROV_____TEL_____

CODICE FISCALE_____

CHIEDE

di essere ammesso al contributo "una tantum" in favore persone anziane non autosufficienti che si avvalgono dell'assistenza di un caregiver familiare, indetto dal Comune di Davoli, con avviso pubblico del 11/04/2024;

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 nelle seguenti sezioni A e B:

Sezione A)

1. di avvalersi, ai fini della propria permanenza a domicilio, dell'assistenza fornita dal familiare indicato alla successiva Sezione B) *(caregiver familiare);*
2. di possedere tutti i requisiti di ammissibilità della domanda e, in particolare *(contrassegnare la condizione che ricorre)*:

- di essere persona anziana, over 65, in condizione di non autosufficiente ai sensi dell'art. 3, comma 3 della L n. 104/92;
- di non disporre della presenza di un assistente personale/familiare (badante);
- di non aver fruito, nell'anno 2023, di altri contributi per assistenti familiari di qualsiasi natura;
- che il contributo è condizionato all'effettiva permanenza a domicilio della persona anziana beneficiaria;
- di essere consapevole che il contributo è forfetario ed è erogato in un'unica soluzione. Il contributo non ha carattere continuativo per gli anni successivi

Sezione B)

- che il familiare della cui assistenza si avvale *(familiare caregiver)* è:

Cognome e Nome .....

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

Codice Fiscale ..... e residente

a ..... indirizzo .....CAP.....

rapporto di parentela: □ coniuge – □ figlio/figlia – □ fratello/sorella – □ nipote

□ nuora - □ genero

COMUNICA

i seguenti dati ai fini della riscossione del contributo *(se spettante)*
Accredito su conto corrente (NO LIBRETTO POSTALE) intestato al beneficiario *(anziano non autosufficiente)*:

.....

Codice Fiscale |___|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Banca .....

IBAN:

INFORMATIVA PRIVACY – Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR - General Data Protection Regulation) n.2016/679 e dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003.

Il Comune di Davoli, in qualità di titolare del trattamento, comunica che tratterà i dati personali conferiti con modalità prevalentemente informatiche e telematiche, per le finalità previste dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR), in particolare per l'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri, ivi incluse le finalità di archiviazione.

SOTTOSCRIZIONE DELLA DOMANDA E DELLE DICHIARAZIONI*

Il sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'articolo 76 del DPR n. 445/2000, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e delle conseguenze previste dall'articolo 75 del medesimo decreto, relative alla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti sulla base della dichiarazione mendace, dichiara di aver compilato la presente dichiarazione composta da n. 4 pagine e che quanto in esse espresso è vero ed è accertabile ai sensi dell'articolo 43 del citato decreto, ovvero documentabile su richiesta dell'Amministrazione Comunale.
Dichiara, altresì, di essere a conoscenza che, nel caso di erogazione della/e prestazione/i richiesta/e, sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'articolo 71 del suddetto DPR n. 445/2000.

_____	_____	_____
(Luogo)	(Data)	**(FIRMA del dichiarante)**

ALLEGATI ALLA DOMANDA:

- VERBALE INVALIDITA' E/O LEGGE 104;
- COPIA CARTA IDENTITA' e CODICE FISCALE DEL RICHIEDENTE (se ricorre);
- COPIA CARTA IDENTITA' e CODICE FISCALE DEL BENEFICIARIO E DEL CAREGIVER FAMILIARE;
- ATTESTAZIONE ISEE IN CORSO DI VALIDITA' DEL BENEFICIARIO.

(da compilare nel caso di presentazione della domanda a cura di soggetto diverso del beneficiario e persona autorizzata: tutore, amministratore di sostegno o curatore)

☐ Dichiarazione resa nell'interesse del soggetto che si trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio o, in mancanza di questo, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante (barrare la casella se ricorre il caso).

Il sottoscritto (pubblico ufficiale) riceve la dichiarazione firmata da.
Cognome ..... Nome .....
Comune o stato estero di nascita ..... Prov. .....
data di nascita ..... Comune di residenza .....
Prov. ..... CAP ..... Indirizzo e n. civico .....
della cui identità si è accertato tramite il seguente documento .....

Il Pubblico Ufficiale .....
(timbro e firma per esteso)

☐ Dichiarazione resa da chi non sa o non può firmare e raccolta dal pubblico ufficiale previo accertamento dell'identità del dichiarante (barrare la casella se ricorre il caso)

Il sottoscritto (pubblico ufficiale) riceve la dichiarazione del Sig. .....
..... della cui identità si è accertato tramite il seguente documento.....
.....

Il Pubblico Ufficiale .....
(timbro e firma per esteso)