



Comune di Gubbio

Piazza Grande, 9
06024 Gubbio (PG)
C.Fisc. P.I. 00334990546

Tel. 075 92371 - Fax 075 9275378
Internet: www.comune.gubbio.pg.it
Pec: comune.gubbio@postacert.umbria.it

2a) SCHEMA DI DOMANDA

Sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare (ex comma 255 dell'art. 1 della Legge n. 205/2017). Avviso pubblico di selezione, ai sensi del DPCM del 27 ottobre 2020 (anni 2018-2019-2020). Richiesta di accesso al contributo economico.

Il/la sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____
nato/a il _____ nel Comune di _____ Prov. _____ Stato _____
residente nel Comune di _____ in Via / P.zza _____
n.° _____ CAP _____ tel. _____ cell. _____ Codice
Fiscale _____
Indirizzo email _____;

in qualità di caregiver familiare (Art. 2 dell'Avviso pubblico) di:

Nome _____ Cognome _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____
residente in _____ Comune _____ afferente la Zona Sociale n. _____ Via / P.zza _____
n.° _____ CAP _____
domiciliato presso _____
CAP _____ tel. _____ cell. _____ Codice Fiscale _____
Indirizzo email _____;

DICHIARA

Di essere:

☐ cittadino italiano;
☐ cittadino comunitario;
☐ cittadino non comunitario, in possesso di titolo di soggiorno regolare 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 di cui il caregiver familiare si prende cura è in possesso di piano assistenziale personalizzato, redatto dai servizi sociali e socio-sanitari territorialmente competenti, al quale il Patto per la cura si riconduce, definito in data _____ e valido fino al _____

☐ che presso _____, in data _____, è stata presentata richiesta di valutazione del proprio familiare per la predisposizione del piano assistenziale personalizzato

☐ 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

(ai sensi dell'art. 71 D.P.R. 445/2000)

- ☐ di essere caregiver di una persona con disabilità gravissima (accertata con Verbale n. ____ del ____)
- ☐ di essere *caregiver* di persona che non ha avuto accesso a strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali o per non disponibilità di posti comprovata da idonea documentazione
- ☐ di essere caregiver di una persona inserita in un programma di accompagnamento finalizzato alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del *caregiver* con la persona assistita, comprovata da idonea documentazione
- ☐ di avere nel proprio nucleo familiare n. _____ figli di età inferiore ai 18 anni
- ☐ di avere nel proprio nucleo familiare n. _____ componenti in condizione di disabilità gravissima ai sensi dell'art. comma 3, della l. 104/92
- ☐ di essere caregiver di una persona con disabilità grave (accertata con Verbale n. ____ del ____) ma non rientrante nelle tipologie a), b), c) di cui alla griglia di valutazione allegato 1a) all'avviso;
- ☐ che la propria situazione reddituale, risultante da certificazione ISEE è:
- ☐ inferiore a **25.000** euro, ovvero pari ad € _____;
[n.d.r. inserire l'importo dell'ISEE].
- ☐ ricompresa entro la fascia da **25.001,00** euro a **35.000,00** euro, ovvero pari ad € _____;
[n.d.r. inserire l'importo dell'ISEE].
- ☐ di fare parte del nucleo familiare della persona da assistere;
- ☐ di avere la residenza in altro modulo abitativo, ma collocato nella medesima struttura nella quale risiede il proprio familiare;

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-).

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.

CHIEDE

di essere ammesso a ricevere il contributo (ai sensi del DPCM del 27 ottobre 2020), previsto dall'Avviso pubblico

INFINE DICHIARA

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 della persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione della 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 l'espletamento e la erogazione del beneficio presso il Comune _____ in qualità di titolare e responsabile.

I dati sopra richiesti verranno trattati dal Comune _____ 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.