

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

Cognome e Nome _____

Nato il ____/____/____ a Comune _____ Prov ____ Stato _____

residente nel Comune di _____ in via/p.zza _____ n. _____

CF _____ tel. _____ cell. _____

Indirizzo e-mail valido _____

Indirizzo PEC _____

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

Cognome e Nome _____

Nato il ____/____/____ a Comune _____ Prov ____ Stato _____

residente nel Comune di _____ in via/p.zza _____ n. _____

domiciliato/a nel Comune di _____ in via/p.zza _____ n. _____

CF _____ tel. _____ cell. _____

Indirizzo e-mail valido _____

Indirizzo PEC _____

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 l'assistito (o in sua vece il suo amministratore di sostegno, tutore o curatore) esprime 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 € _____;
 - ricompresa entro la fascia da **25.001,00** euro a **35.000,00** euro, ovvero pari ad € _____;
- 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 del Comune di Perugia, in qualità di capofila della zona sociale n.2, per l'accesso al contributo economico concesso ai *caregiver* familiari, finalizzato al sostegno del ruolo di cura e di assistenza (ex DPCM del 27 ottobre 2020, in attuazione del comma 255 dell'art. 1 della Legge n. 205/2017).

INFINE DICHIARA

di eleggere, laddove non si disponga di un indirizzo di posta elettronica certificata, il proprio indirizzo di posta elettronica ordinaria quale domicilio speciale, presso il quale ricevere le comunicazioni e le notificazioni relative alla domanda, ai sensi dell'art.47 del codice civile e all'articolo 3-bis, c. 4-quinquies del D.Lgs n. 82 del 07/03/2005 [facoltativo];

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 di Perugia, in qualità di titolare e responsabile.

I dati sopra richiesti verranno trattati dal Comune di Perugia, 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;