DISTRETTO PIANURA EST

Città Metropolitana di Bologna

Unione Reno Galliera (per i Comuni di Argelato, Bentivoglio, Castel Maggiore, Castello d'Argile, Galliera, Pieve di Cento, San Giorgio di Piano, San Pietro in Casale), Unione Terre di Pianura (per i Comuni di Baricella, Granarolo dell'Emilia, Malalbergo, Minerbio) e Comuni di Budrio, Castenaso, Molinella

Al Comune di Molinella

AVVISO PUBBLICO PER L'ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI ECONOMICI STRAORDINARI PER LE SPESE SOSTENUTE PER ASSISTENTI FAMILIARI, DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE DELL'UNIONE RENO GALLIERA DIR N. 15 DEL 08.02.2024.

DOMANDA DI CONTRIBUTO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
(art. 46 - 47 - 75 e 76 del D.P.R. 445/00)

Il sottoscritto/a, Cognome _____ Nome _____

nat_ a _____ Prov/Stato _____ il ____/____/_____

residente a _____ C.A.P. _____

Via _____ n. _____

Cell. _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____

Nel caso in cui il richiedente sia persona diversa dal beneficiario del contributo, compilare anche la parte che segue:

Nella sua qualità di:

❒ Figlio

❒ Coniuge

❒ Familiare (specificare _____)

❒ Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno (estremi decreto di nomina _____)

❒ Altro (specificare _____)

di (indicare di seguito i riferimenti del beneficiario del contributo)

Cognome _____ Nome _____

nat_ a _____ Prov/Stato _____ il ____/____/_____

residente a _____ C.A.P. _____

Via _____ n. _____

Cell. _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____

fa istanza di assegnazione del contributo economico straordinario per le spese sostenute per assistenti familiari, in attuazione del progetto "Sostegno alle famiglie con assistenti familiari" inserito nel "Programma attuativo 2023 del Piano di Zona per la salute e il benessere sociale" e all'avviso approvato dall'Unione Reno Galliera in qualità di Ente capofila del Distretto Pianura Est

A tal fine, ai sensi dell'art.47 del DPR n.445/2000 e s.m.i., consapevole del fatto che potranno essere effettuati controlli e che in caso di dichiarazioni false saranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 del DPR n. 445 del 28/12/2000), sotto la propria responsabilità,

DICHIARA CHE IL DESTINATARIO

1. ❑ è residente nel Comune di_____;

2. ❑ ha un'età superiore a 65 anni, con ridotta autonomia;
   oppure
   ❑ ha un'età superiore a 18 anni con disabilità grave o non autosufficienza, come definite ai fini ISEE;

3. ❑ è in possesso di un valore ISEE 2024 (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria calcolato secondo quanto previsto dall'art. 6 del DPCM 159/2013 e s.m.i., in corso di validità di € _____ (non superiore a € 35.000,00) rilasciato con attestazione ISEE Numero Protocollo INPS-ISEE _____ data _____;
   oppure
   ❑ ha sottoscritto una DSU (Dichiarazione Sostitutiva Unica): Numero Protocollo INPS-DSU _____ data _____;

4. è:
   - ❒ cittadino/a italiano;
   - ❒ cittadino regolarmente soggiornante di un Paese membro nell'Unione Europea;
   - ❒ cittadino di uno Stato non appartenente all'Unione Europea in possesso di permesso di soggiorno in corso di validità (permesso n. _____, rilasciato da_____; validità fino al _____;
   - ❒ cittadino di uno Stato non appartenente all'Unione Europea in possesso della ricevuta della richiesta di rinnovo presentata entro sessanta giorni dalla data di scadenza del permesso precedente.

5. ❑ non beneficia di contributi da parte di altri soggetti pubblici per la stessa tipologia di spesa;

6. ❑ non ha beneficiato, nelle mensilità per le quali si richiede il contributo, di assegno di cura così come definito dal regolamento di cui: alla delibera Azienda USL Bologna n. 66 del 15.04.2011 e/o dal regolamento di cui alla delibera Azienda USL Bologna n. 101 del 15.05.2013 e/o alla delibera Azienda USL Bologna n. 238 del 05.07.2023;

7. ❑ nelle mensilità per le quali si richiede il contributo, aveva un'Assistente Familiare con contratto di lavoro di almeno 25 ore settimanali, con inquadramento del lavoratore nel livello C con profilo C super o livello D con profilo D super;

DICHIARA ALTRESÌ

generalità datore di lavoro:

Cognome _____ Nome _____

nat_ a _____ Prov/Stato _____ il ____/____/_____

residente a _____ C.A.P. _____

Via _____ n. _____

Cell. _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____

Nella sua qualità di:

❒ Figlio del beneficiario ❒ Coniuge del beneficiario ❒ Familiare del beneficiario (specificare _____)

❒ Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno (estremi decreto di nomina _____) del beneficiario

❒ Altro (specificare _____)

generalità assistente familiare:

Cognome _____ Nome _____

nat_ a _____ Prov/Stato _____ il ____/____/_____

residente a _____ C.A.P. _____

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

generalità in merito al contratto ed alle prestazioni garantite al beneficiario

- ❒ l'entità dell'impegno previsto nel contratto di lavoro è commisurabile a numero di ore settimanali pari a _____ ;
- ❒ l'inquadramento del lavoratore nel livello _____ con profilo _____;
- ❒ l'attività di assistenza viene svolta a favore del beneficiario presso il domicilio del medesimo.

Che la spesa effettivamente sostenuta alla data di presentazione della domanda, riferita a prestazioni assistenziali erogate nelle mensilità per le quali si richiede il contributo ammonta a € _____

CHIEDE

l'assegnazione del contributo economico straordinario per le spese sostenute per assistenti familiari per il periodo dal _____ al _____ (Luglio 2022 - Dicembre 2023 o periodo più breve se necessario).

In caso di accoglimento dell'istanza il sottoscritto chiede che il contributo venga erogato tramite accredito su conto corrente intestato a _____ residente in Via/Piazza _____ Comune di _____ Tel. _____ C.F. _____ presso (Posta o Banca) _____ con le seguenti coordinate IBAN, con addebito delle relative spese:

PAESE		CIN EUR		CIN	ABI					CAB					CONTO CORRENTE											
I	**T**																									

Al fine di evitare eventuali disguidi, si raccomanda di allegare la stampa del codice IBAN.

A CORREDO DELL'ISTANZA SI ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- ☐ copia del documento di identità in corso di validità del destinatario e del richiedente se diverso dal destinatario;
- ☐ copia del contratto di lavoro dell'Assistente Familiare nel quale dovrà essere indicato il numero di ore settimanali, il livello e il profilo;
- ☐ copia dei documenti contabili (fatture, buste paga, contributi INPS, ecc.) che attestino la spesa effettivamente sostenuta al momento della presentazione della domanda riferita a prestazioni assistenziali erogate nelle mensilità per le quali si richiede il contributo;
- ☐ solo per i cittadini non comunitari: copia del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo o permesso di soggiorno non inferiore a un anno in corso di validità, oppure copia della ricevuta del pagamento effettuato.

IL DICHIARANTE PRENDE ATTO CHE

ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni, concernente il "Codice in materia di protezione dei dati personali", del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e del D.Lgs. 101/2018, recante le disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento UE 2016/679:

a. il trattamento dei dati conferiti con la presente dichiarazione è finalizzato allo sviluppo del procedimento amministrativo per l'accesso al contributo relativo all' "AVVISO PUBBLICO PER L'ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI ECONOMICI STRAORDINARI PER LE SPESE SOSTENUTE PER ASSISTENTI FAMILIARI";
b. il trattamento degli stessi dati sarà effettuato con modalità informatizzate e manuali;
c. il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e degli altri adempimenti procedimentali;
d. il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l'annullamento del procedimento per impossibilità a realizzare l'istruttoria necessaria;

e. il dichiarante può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., avendo come riferimento il responsabile competente del trattamento degli stessi così come individuato dalla stessa Amministrazione [di cui al punto f)];
f. il titolare del trattamento è il Comune di Molinella e l'Unione Reno Galliera - Ufficio di Piano distrettuale.

_____, _____
Luogo data

IL DICHIARANTE

_____