

MODELLO DI ISTANZA PER L'ASSEGNO DI CURA/CONTRIBUTO DI CURA

Oggetto : INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISABILITA' GRAVISSIMA(Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e D.G.R. n. 104/2017)

Il sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____ C.F. _____
residente in via/piazza _____ n. _____
Comune di _____ CAP _____ Prov. _____
telefono _____ (Obbligatorio) cell. _____

In qualità di:

Beneficiario
 Genitore
 Altro familiare (specificare) _____
del/la Sig./Sig.ra (cognome e nome) _____
nato a _____ il _____ C.F. _____
e residente in via/piazza _____ n. _____
Comune di _____ CAP _____ Prov. _____ telefono _____

Che risulta in stato di disabilità gravissima.

Chiede per l'annualità 2017

- l'assegnazione dell'“Assegno di cura” quale contributo economico finalizzato all'acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia;
- l'assegnazione del “Contributo di cura” quale contributo economico per il riconoscimento ed il supporto alla figura del *caregiver familiare* (componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato).

A tal fine allega

- 1 Autocertificazione della composizione del nucleo familiare del beneficiario (mod. A).
- 2 Autocertificazione del caregiver convivente (mod. B).
- 3 Certificazione medica attestante lo stato di disabilità gravissima ai sensi dell'art.3 comma 2 del decreto 26 settembre 2016 (mod. C).
- 4 Copia del contratto di lavoro e attestato di qualifica dell'operatore nei casi di assistenza prestata da personale qualificato esterno alla famiglia.
- 5 Documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo (se diverso dal beneficiario).
- 6 Documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo.
- 7 Modello I.S.E.E., (indicatore della situazione economica equivalente) **in corso di validità**, attestante la condizione economica per i nuclei familiari con componenti con disabilità secondo il DPCM del 5 dicembre 2013, n.159 avente ad oggetto il “Regolamento concernente la

revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'indicatore della situazione economica equivalente I.S.E.E)" e la legge 26 maggio 2016, n.89.

Dichiara inoltre, che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione dell'assegno di cura o contributo di cura e di essere consapevole che il beneficio decade in caso di decesso e per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data _____

FIRMA

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30/06/2003, n. 196: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Ulteriori dichiarazioni

Il/la sottoscritto/a, i cui dati anagrafici compaiono nell'apposita sezione del presente modulo,

DICHIARA AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 CHE QUANTO AFFERMATO IN OGNI PARTE DELLO STESSO CORRISPONDE AL VERO, nonché:

- di aver preso piena conoscenza di tutte le norme e condizioni stabilite nell'Avviso Pubblico per la concessione del contributo economico destinato alle persone affette da disabilità gravissima, di cui al Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e D.G.R. n. 104/2017 e di impegnarsi a produrre, nei termini e con le modalità che gli verranno indicati, tutta la documentazione che il Comune ritenesse necessario acquisire, nonché a fornire ogni notizia utile che gli venisse richiesta;
- di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 D.P.R. n° 445/2000 e che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decade dal diritto dei benefici eventualmente conseguiti in virtù del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. già citato;
- di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite da parte della Guardia di Finanza presso gli Istituti di Credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi degli art. 4 comma 2 del D.lgs. 31.03.1998 n°109 e art. 6 – comma 3 – del D.P.C.M. 07.05.1999 n° 221 e succ. mod. e che potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata, nonché essere effettuati confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze;
- di essere consapevole della responsabilità penale che si assume ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 per falsità in atti e dichiarazioni e della possibilità di decadenza dal beneficio.

Il Dichiarante

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

C.F. _____

Residente a _____

Via _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____

ACCONSENTE

ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

Luogo e data _____

FIRMA PER ACCETTAZIONE
