

DOMANDA PER BENEFICIARE DELL'INTERVENTO PREVISTO DAL PROGETTO "CASA CHE CURA"

**Al Sig. Sindaco
del Comune di Sogliano al R.**

_____ I _____ sottoscritt _____
nat _____ a _____ il _____
residente a _____ in via
_____ n. _____
C.F. _____ tel _____
(eventuale)
in qualità di _____ -(specificare il tipo di parentela con l'assistito) del
Sig. _____ nato/a _____ il _____
_____ residente a _____ in
via _____ n. _____ C.F. _____

CHIEDE

di beneficiare per sé stesso o per il Sig. _____ del seguente
intervento economico previsto dal progetto "CASA CHE CURA"

- a) Concessione contributo economico mensile a sostegno del nucleo familiare con soggetto non autosufficiente;
- b) Concessione contributo economico mensile a favore delle famiglie che si avvalgono delle prestazioni di personale esterno per l'assistenza al soggetto non autosufficiente;

A tal fine, a conoscenza di quanto previsto dal "Testo Unico sulle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" approvato con D.P.R. 28/12/2000 n.445, in merito alle dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà, alle norme penali e alla decadenza dai benefici ottenuti per chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, sotto la propria personale responsabilità.

DICHIARA

- 1 _____ di essere soggetto non autosufficiente così come risulta dalla certificazione allegata;
oppure
- 1 _____ che nell'ambito del nucleo familiare è presente un soggetto non autosufficiente come risulta dalla certificazione allegata;
- 2 _____ di essere residente nel Comune di Sogliano al R., via _____
oppure
- 2 _____ che il soggetto non autosufficiente è residente nel Comune di Sogliano al R.,
via _____
- 3 _____ di possedere un ISEE di valore _____ (dal quale l'Ufficio provvederà a ricalcolare l'ISEE della persona assistita)

oppure

- 3 che l'ISEE del Sig. _____ ha valore pari a _____
(dal quale l'Ufficio provvederà a ricalcolare l'ISEE della persona assistita)
- 4 di impegnarsi a seguire il programma assistenziale concordato con gli operatori sociali

(solo per coloro che richiedono l'intervento di cui alla lett.b))

- 5 di aver stipulato con il personale esterno regolare contratto di lavoro in data _____
- 6 di aver provveduto al versamento INAIL e INPS dei contributi previdenziali ed assicurativi;

Allo scopo allega la seguente documentazione:

- a) Dichiarazione sostitutiva per la determinazione della situazione economica del nucleo familiare ai sensi del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109; (ISEE)
- b) Certificazione attestante condizione di non autosufficienza (attestato rilasciato dalla Commissione di Unità di valutazione geriatrica o verbale di riconoscimento invalidità civile 100% o certificato di handicap grave di cui al comma 3 dell'art.3 Legge 104/92)

(solo per coloro che richiedono l'intervento di cui alla lett.b))

- c) Copia del contratto di lavoro o copia della dichiarazione di emersione di lavoro irregolare di stranieri addetti al lavoro di assistenza;
- d) Copia ricevute versamento INAIL ed INPS dei contributi previdenziali ed assicurativi;

Si chiede altresì che la liquidazione del contributo avvenga secondo le seguenti modalità:

- A) Accreditamento in c/c bancario n. _____ intestato a _____
Codice CIN _____ Codice ABI _____ Codice CAB _____ Istituto bancario _____
- B) Rimessa diretta del Tesoriere al sottoscritto
- C) Assegno FAD – Assegno circolare rilasciato da Cassa di Risparmio di Cesena S.P.A. Filiale di Sogliano al R. convertibile in contanti presso tutti gli sportelli bancari Cassa di Risparmio , oppure da versare su proprio conto corrente bancario.

Con riferimento a quanto previsto dal D.Lgs n. 196/2003, recante disposizioni in tema di tutela della privacy, esprime il consenso al trattamento dei dati personali e di altri dati, relativi alla situazione familiare, ritenuti necessari per il procedimento.

Sogliano al Rubicone,

Firma del richiedente

Se la firma non è apposta in presenza del dipendente addetto della Pubblica Amministrazione, deve essere allegata la fotocopia del documento d'identità del sottoscrittore, ai sensi del DPR 445/2000

Comune di Sogliano al Rubicone

Area Servizi alla Persona

Io sottoscritto....., in qualità di addetto a ricevere la presente dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, attesto che la sottoscrizione è stata apposta in mia presenza.

Sogliano al R.....

L'Addetto

Firma_____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 DEL D.Lgs. 196/03

I dati personale comunicati nell'istanza e nella documentazione ad essa allegata sono necessari ed utilizzati esclusivamente per le finalità di cui al progetto "CASA CHE CURA" approvato con delibera G.C..... Le operazioni di trattamento saranno effettuate con l'ausilio di mezzi informatici. Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria, in quanto indispensabile ai fini dell'espletamento delle procedure richieste. Il rifiuto del conferimento dei dati oppure la mancata indicazione di alcuni di essi potrà comportare l'impossibilità di accedere ai contributi.

Titolare del trattamento dei dati è l'Amministrazione Comunale di Sogliano Rubicone e il responsabile del trattamento è il Responsabile dell'Area Servizi Alla Persona , Rag. Simona Sambi