

Spett. le
Servizi Sociali Unione Rubicone e Mare
Ufficio anziani-disabili

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

___ l ___ sottoscritto/a _____

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":

- Concessione contributo economico mensile a sostegno del nucleo familiare con soggetto non autosufficiente/parzialmente non autosufficiente comprovata da invalidità civile pari o superiore al 67%, o da certificazione di handicap di cui alla Legge 104/92 o da verbale dell'Unità di valutazione geriatrica;
- Concessione assegno 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

- di essere soggetto non autosufficiente o parzialmente non autosufficiente comprovato da invalidità civile pari o superiore al 67%, o da certificazione di handicap di cui alla Legge 104/92 o da verbale dell'Unità di valutazione geriatrica
oppure
- che il Sig. (nome e cognome)è soggetto non autosufficiente o parzialmente non autosufficiente comprovato da invalidità civile pari o superiore al 67%, o da certificazione di handicap di cui alla Legge 104/92 o da verbale dell'Unità di valutazione geriatrica;
- di essere residente nel Comune di Sogliano al R./che il Sig.....è residente in via_____ da più di anni 1
- di possedere oppure che l'assistito possiede ISEE ORDINARIO o RISTRETTO in corso di validità sottoscritto in data..... di €,
- di aver preso visione del progetto anno 2023 e in particolare di essere a conoscenza che:
 - il contributo economico verrà liquidato ogni due mesi;
 - di impegnarmi a comunicare all'assistente sociale qualsiasi variazione di residenza e di domicilio

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

- di aver stipulato con il personale esterno regolare contratto di lavoro in data_____ con qualifica di badante o assistente con un minimo di 25 ore settimanali.
- di aver provveduto al versamento INAIL e INPS dei contributi previdenziali ed assicurativi.

Il rifiuto del conferimento dei dati oppure la mancata indicazione di alcuni di essi potrà comportare l'impossibilità di accedere ai contributi.

L'interessato potrà esercitare in ogni momento i diritti riconosciutigli dall'art.15 del citato Regolamento Europeo mediante apposita istanza indirizzata al Settore Servizi Socio Assistenziali dell'Unione dei Comuni Rubicone e Mare.

Il Titolare del trattamento dei dati personali di cui alla presente Informativa è l'Unione Rubicone e Mare con sede legale in Cesenatico P.zza Moretti.n.5

Data.....

Firma.....

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

COMUNE DI SOGLIANO AL RUBICONE

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/00, allega alla presente copia fotostatica del proprio documento d'identità.

Attesto che il dichiarante sig. da me identificato, ha reso e sottoscritto in mia presenza la suesesa dichiarazione.

Data

IL DIPENDENTE ADDETTO

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/00, la sottoscrizione della presente istanza non è soggetta ad autenticazione se resa di fronte al dipendente addetto a riceverla, ovvero l'istanza sia presentata unitamente a copia fotostatica (non autenticata) di un documento di identità.