



**Allegato A**  
**Schema di domanda**

**Domanda per l'accesso al contributo economico concesso ai caregiver familiari, finalizzato al sostegno del ruolo di cura e di assistenza, ai sensi della D.G.R. 124/2021. D.D. n.114 del 23/03/2023 - Intervento 3.2**

**CUP: J31H23000040005**

**RICHIESTA DI ACCESSO AL VOUCHER**

Il/la sottoscritto/a

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_ in Via/P.zza \_\_\_\_\_  
n.° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_ - stato occupazionale: Occupato / Disoccupato / Inattivo

**in qualità di caregiver familiare di:**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Comune afferente all'Ambito n. \_\_\_\_\_  
Via / P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
domiciliato presso \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**ai sensi degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000**

Di essere:

cittadino italiano;

cittadino comunitario o cittadino di Stato non appartenente alla UE, in possesso di titolo di regolare permesso di soggiorno n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ con scadenza il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, 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 non è in Assistenza Domiciliare Integrata;

che la persona assistita dal caregiver familiare (il suo amministratore di sostegno, tutore o curatore) esprime il proprio parere favorevole rispetto alle attività svolte dal proprio caregiver;

**DICHIARA INOLTRE**

di essere caregiver di una persona con disabilità gravissima (accertata con Verbale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_);

di essere caregiver di una persona con disabilità grave (accertata con Verbale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_);

che la propria situazione reddituale, risultante da certificazione ISEE in corso di validità è di € \_\_\_\_\_;

di essere coniuge/genitore/figlio-a/convivente di fatto/parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso/sorella-fratello/affine entro il II grado di parentela/affine entro il III grado di parentela della persona con disabilità;

di avere la residenza in altro comune rispetto a quello nel quale risiede il proprio familiare;

di non usufruire di nessuno dei seguenti programmi di assistenza:

- Programma Home Care;
- Programma per la Vita Indipendente;
- Programma "Dopo di Noi";
- Programma di assegno di cura;

di non aver usufruito del bonus € 250,00 previsto dalla DGR 124/2021 - intervento 3.1, concesso ai caregiver familiari;

di essere a conoscenza che, qualora la documentazione richiesta sia priva dei requisiti richiesti, l'Ambito Territoriale è titolato a dichiarare inammissibile la domanda.

di aver acquisito formale consenso ai fini della comunicazione dei dati riferiti alla persona assistita nell'ambito del procedimento volto ad ottenere il voucher 3.2 da parte di:

- Persona Disabile o non autosufficiente/Assistita
- Tutore
- Curatore
- Amministratore di sostegno

del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

*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).*

#### CHIEDE

- di essere ammesso a ricevere il contributo, previsto dalla DGR 124/2021 **D.D. n.114 del 23/03/2023** intervento 3.2 voucher € 750,00 concesso ai caregiver familiari, finalizzato al sostegno del ruolo di cura e di assistenza (DPCM del 27 ottobre 2020, in attuazione del comma 255 dell'art.1 della Legge n.205/2017);
- la corresponsione del voucher di € 750,00 sul conto corrente intestato a:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_ (Allegare attestazione IBAN rilasciata dall'istituto bancario o postale);

#### SI IMPEGNA

a rendicontare le spese sostenute fornendo la relativa idonea documentazione giustificativa, dalla quale si evince chiaramente chi ha effettuato il pagamento, la causale e il beneficiario;

a trasmettere il Verbale UVI del disabile assistito nei termini prescritti dall'Avviso Pubblico, quale condizione prioritaria per l'accesso al beneficio;

ad effettuare l'iscrizione al Registro Regionale dei Caregivers familiari;

#### INFINE DICHIARA

di essere 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.

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 delle 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 residenza e l'Ambito Territoriale di competenza in qualità di titolare e responsabile.

I dati sopra richiesti verranno trattati dal Comune di residenza e dall'Ambito territoriale di competenza 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.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

#### **AUTORIZZA**

il trattamento dei propri dati personali presenti nella presente dichiarazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679), per i fini propri della presente dichiarazione.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

#### **Allegati:**

- copia documento di identità in corso di validità del richiedente sottoscrittore;
- copia del permesso di soggiorno e/o del cedolino di rinnovo;
- Attestazione IBAN rilasciata dall'istituto bancario o postale;