

**CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL
CAREGIVER FAMILIARE**

(DA COMPILARE IN STAMPATELLO MAIUSCOLO)

Il/la sottoscritto/a (caregiver).....

nato/a a..... il.....

Codice Fiscale

residente a..... (.....)

in via/piazza.....

CAP..... tel./cell...../.....e-mail.....

Rapporto con l'assistito: ☐ coniuge ☐ unito civilmente ☐ convivente ☐ figlio/figlia ☐ fratello/sorella
☐ nuora ☐ genero ☐ padre/madre ☐ nipote ☐ pronipote ☐ amministratore di sostegno ☐ tutore

CHIEDE

di essere ammesso al contributo per caregiver familiare di cui alla DGR 14-1365 del 14.07.2025, Allegato 1 applicata per il Consorzio IN.RE.TE. di Ivrea.

A tal scopo, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole della decadenza dei benefici connessi e delle sanzioni penali previste, ai sensi degli articoli 75 e 76 dello stesso DPR, in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA CHE

il/la sig./sig.ra

(indicare grado di parentela o relazione)

nato/a ailResidente a, in via

..... Codice Fiscale

1. è già stato valutato dalla commissione UVG/UMVD ed è inserito in graduatoria per un progetto:

☐Domiciliare/Semiresidenziale con un punteggio pari a.....;

☐Residenziale con un punteggio pari a con esito urgente/non urgente/differibile;

2. Si trova nelle seguenti condizioni (è possibile selezionare più caselle):

☐persona non inserita in struttura residenziale in regime convenzionato;

- ☐ persona inserita in struttura residenziale in regime convenzionato destinataria di programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita;
- ☐ persona che non si trova attualmente in una struttura residenziale in regime privato;
- ☐ persona rientrata presso il domicilio in data dopo un periodo di inserimento in struttura residenziale (dal al presso la struttura);
- ☐ persona che non usufruisce dei contributi/interventi previsti da:
- Progetti di Vita Indipendente;
 - Interventi domiciliari a persone affette da SLA;
 - Assegno di Cura previsto dal Fondo per la Non Autosufficienza;
 - Fondo Caregiver.
3. In qualità di caregiver in maniera continuativa del mio congiunto non autosufficiente sono:
- ☐ convivente;
- ☐ residente nello stesso Comune;
- ☐ residente in un Comune italiano distante al massimo 20 km.
4. Di essere consapevole che il contributo è condizionato all'effettiva permanenza a domicilio della persona non autosufficiente.

E inoltre:

- ☐ che nessun familiare si trova in congedo straordinario ex legge 104 per prestare assistenza al proprio congiunto
- Oppure*
- ☐ che il seguente familiare grado di parentela si trova in congedo straordinario ex legge 104 per prestare assistenza al congiunto
- ☐ di essere nucleo monoparentale
- ☐ di essere famiglia monoreddito
- ☐ di avere preso atto e accettare integralmente i criteri e le condizioni di erogazione del contributo di cui alla DGR 9-1266/2025 ed alla DGR 14-1365/2025.

Ai fini della determinazione dell'importo del contributo la persona assistita è in possesso di attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità di € che si allega alla presente. (Si allega ISEE della persona non autosufficiente)

DICHIARA inoltre di essere consapevole che potranno essere eseguiti dei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rilasciate secondo quanto previsto dalla normativa vigente e per gli effetti dalla stessa stabiliti, ivi inclusa la decadenza o la revisione dal beneficio concesso.

DICHIARA di essere consapevole che, in caso di attivazione di interventi a sostegno della domiciliarità, di inserimento in struttura in convenzione o beneficiaria di altri contributi/interventi non compatibili con il presente avviso, il contributo verrà sospeso.

COMUNICA i seguenti dati ai fini della riscossione del contributo (se spettante)

Accredito su conto corrente intestato a (caregiver).....

Codice Fiscale

Banca

IBAN: *(si consiglia di allegare anche copia di un documento della banca in cui sia riportato il codice IBAN, al fine di poter gestire eventuali errori o illeggibilità del codice sotto indicato)*

Al modulo di domanda dovranno essere allegati:

- Copia del documento di identità in corso di validità del dichiarante e del/della beneficiario/a;
- Copia del codice fiscale del dichiarante e del/della beneficiario/a;
- Copia della certificazione di non autosufficienza rilasciata dalla Commissione UMVD o UVG dell'ASL;
- Attestazione ISEE Socio Sanitaria del richiedente in corso di validità;
- Copia del titolo di soggiorno per i cittadini stranieri.

Luogo e data _____

IL DICHIARANTE

Trattamento dei dati personali

Il Consorzio tratta i dati personali raccolti in occasione della partecipazione alla presente procedura selettiva, nel pieno rispetto del Regolamento UE 2016/679 e della normativa nazionale di protezione, al solo scopo e per il solo tempo necessari al perseguimento delle proprie finalità istituzionali. In particolare, la raccolta sarà limitata ai dati personali strettamente necessari, i quali saranno oggetto di valutazione al fine di verificare il possesso dei requisiti previsti dalla presente procedura selettiva nonché per istruire il successivo procedimento ed adottare il provvedimento finale.

Sono raccolti e, comunque, trattati, i dati relativi alle persone fisiche soggette all'obbligo di fornire documenti, informazioni e dichiarazioni rilevanti ai fini della procedura. I dati personali potranno altresì essere acquisiti presso altre pubbliche amministrazioni o presso banche dati pubbliche.

Il trattamento dei dati prescinde il consenso dell'interessato in quanto necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il Titolare del trattamento, ai sensi dell'articolo 6 del Regolamento (UE) 2016/679.

I dati personali potranno essere comunicati ad altre pubbliche amministrazioni e potranno essere oggetto di confronto con altri dati già in possesso di questo Ente, nei limiti in cui ciò si renda necessario.

I dati personali saranno diffusi, limitatamente a quanto imposto dalle vigenti norme di legge.

La conservazione dei dati avverrà per il tempo necessario al perseguimento delle descritte finalità e, comunque, sotto l'osservanza della disciplina in materia di conservazione dei documenti amministrativi.

Maggiori e dettagliate informazioni, anche in relazione ai diritti e relative modalità di esercizio, spettanti all'interessato, possono essere reperite sul sito web istituzionale, alla pagina raggiungibile all'indirizzo: https://privacy.nelcomune.it/inrete.to.it/informativa_consortio_contratti_publici#content.

Data ____/____/____

Firma della /del dichiarante