

DGR 3-3084 del 16/04/21 – ALLEGATO B
RICHIESTA CONTRIBUTO STRAORDINARIO PER PERSONE NON
AUTOSUFFICIENTI IN SITUAZIONE DI FRAGILITA' ECONOMICA
(la cui rete familiare ha subito una riduzione della capacità di sostegno alla persona non autosufficiente nel periodo 1° marzo 2020 – 30 giugno 2021)

Autodichiarazione ai sensi degli art. 46-47 del DPR n. 445/2000

Consapevole della decadenza dai benefici concessi e delle conseguenze penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci (artt. 75 e 76 del DPR sopra citato), sotto la propria responsabilità

Il/La sottoscritto/a..... nato/a ail

Residente a, in via

Codice Fiscale

Telefono e-mail

La domanda è presentata dal:

- ☐ diretto interessato
- ☐ tutore/curatore
- ☐ amministratore di sostegno
- ☐ familiare (rapporto di parentela))

del/della sig./sig.ra nato/a ail

Residente a, in via

Codice Fiscale

Telefono e-mail

DICHIARA CHE

1. il diretto interessato/beneficiario è già stato valutato dalla commissione UVG/UMVD ed è inserito in graduatoria per un progetto:
 - ☐ Domiciliare/Semiresidenziale
 - ☐ Residenziale
2. il diretto interessato/beneficiario:
 - ☐ E' titolare di indennità di accompagnamento
 - ☐ NON è titolare di indennità di accompagnamento
3. rispetto al nucleo familiare convivente, ai figli non conviventi e ai loro coniugi o conviventi nel proprio nucleo familiare, si sono verificate una o più delle seguenti circostanze:
 - ☐ perdita del lavoro del/della sig./sig.ra (grado di parentela con la persona non autosufficiente) avvenuta durante il periodo di riferimento, senza riacquisizione del posto di lavoro al momento della presentazione della domanda;
 - indicare: ultimo datore di lavoro
 - data cessazione rapporto di lavoro
 - ☐ cassa integrazione di almeno 90 giorni nel periodo di riferimento, senza successivo rientro lavorativo, del/della sig./sig.ra (grado di parentela con la persona non autosufficiente);
 - ☐ cessazione della propria attività lavorativa con partita IVA durante il periodo di riferimento del/della sig./sig.ra (grado di parentela con la persona non autosufficiente):
 - indicare: data chiusura attività
 - Ragione Sociale
 - P.IVA.
 - ☐ decesso del congiunto durante il periodo di riferimento sig./sig.ra (grado di parentela con la persona non autosufficiente) con reddito non inferiore ai 15.000,00 lordi annui
 - indicare: data del decesso
 - reddito lordo annuo 2020

4. il diretto interessato/beneficiario:

☐ NON riceve attualmente alcun contributo a sostegno della domiciliarità previsto dai seguenti provvedimenti:

- D.G.R. 51-8960/2019 (progetti di vita indipendente);
- D.G.R. 23-3624/2012 e 39-640/2014 (interventi domiciliari a persone affette da SLA);
- D.G.R. 3-2257/2020 (Fondo per la non autosufficienza);
- Contributo straordinario del FNA di cui alla D.G.R. 3-3084 del 16/4/2021 – Allegato A;

5. il diretto interessato/beneficiario:

☐ non si trova attualmente in una struttura residenziale.

DICHIARA ALTRESI'

1. di avere preso atto e accettare integralmente i criteri e le condizioni di assegnazione del contributo di cui alla DGR 3-3084/2021 – allegato B;

2. di voler utilizzare l'eventuale contributo per:

- ☐ Copertura spese per acquisto servizi professionali
- ☐ Copertura spese di assistenza familiare (caregiver* familiare – art. 1 c. 255 L. 205/2017)
- ☐ Copertura spese per servizi di tregua domiciliare
- ☐ Copertura spese per fornitura pasti, servizi di lavanderia, interventi di pulizia ed igiene
- ☐ Copertura spese per trasporti (visite mediche, effettuazione terapie o altro collegato al PAI personale)

(*) Si definisce caregiver familiare la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio, n. 76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18.

3. di essere consapevole che potranno essere eseguiti dei controlli, anche con metodo a campione, 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.

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

Accredito su conto corrente intestato a (cognome e nome della persona non autosufficiente)

Codice Fiscale

IBAN :

....., li

Il dichiarante

Si allega

- ✓ la copia fotostatica del documento di identità e del codice fiscale del richiedente e del beneficiario;
- ✓ l'attestazione ISEE Socio Sanitario, in corso di validità, del beneficiario;
- ✓ il decreto di tutela/amministrazione di sostegno qualora la dichiarazione sia sottoscritta da tutore o amministratore di sostegno.