



Enna
Comune capofila

OGGETTO: Avviso pubblico per l'accesso al contributo economico *una tantum* concesso ai *caregivers* familiari dei disabili gravi e gravissimi - Richiesta di accesso al contributo economico annualità 2021.

Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale

Soggetto richiedente

Il/La sottoscritto/a _____

CHIEDE

Di essere ammesso a ricevere il contributo *una tantum* (ai sensi del DPCM del 27 ottobre 2020), previsto dall'Avviso pubblico per l'accesso al contributo *una tantum* concesso ai *caregivers* 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).

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

Dichiara di essere:

nato/a a _____ Prov. _____ Stato _____
il _____ Codice Fiscale _____, di essere residente nel
Comune di _____ Prov. _____ in via/piazza _____
n. _____ CAP _____, Tel. _____ Cell. _____
indirizzo mail _____

in qualità di *caregiver* familiare (art. 2 dell'avviso pubblico) dell'assistito, (indicare grado di parentela _____):

Nome _____ Cognome _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____,
residente nel Comune di _____ Prov. _____ in via/piazza
_____ n. _____ CAP _____, Tel.
_____ Cell. _____

In caso di assistito deceduto, indicare data del decesso _____.

Dichiara altresì:

- ☐ Di essere cittadino italiano
- ☐ Di essere cittadino comunitario
- ☐ Di essere Cittadino non comunitario, in possesso di titolo di soggiorno regolare n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____ o, in caso di rinnovo, in possesso di ricevuta di presentazione della relativa domanda rilasciata in data _____.
- ☐ Di essere *caregiver* di una persona con disabilità gravissima (accertata con Patto di cura del _____);
- ☐ Di essere *caregiver* di una persona con disabilità grave (accertata con verbale L.104/92 art.3 comma 3 del _____ e/o indennità di accompagnamento del _____);
- ☐ Di essere *caregiver* di persona che non ha avuto accesso a strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali o per non disponibilità di posti comprovata da idonea documentazione; o di essere *caregiver* di una persona inserita in un programma di accompagnamento finalizzato alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del *caregiver* con la persona assistita, comprovata da idonea documentazione;
- ☐ Di avere residenza in altro Comune fuori dal Distretto D22 ad una distanza massima di 25 km dal Comune di residenza dell'assistito.

Data e firma _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI CONFERITI CON IL PRESENTE MODULO AI SENSI DEL REG. UE N° 679/2016 (GDPR)

L'Ente tratterà i dati personali da Lei conferiti con il presente modulo di istanza per le finalità di cui al presente avviso con modalità prevalentemente informatiche e telematiche nonché manualmente (ad esempio, su supporto cartaceo), ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 196/2003 s.m.i., D.Lgs n. 101/2018, Reg. UE n 679/2016.

Con la firma della presente istanza/dichiarazione e previa lettura di quanto in essa contenuto, Lei presta il consenso al trattamento dei dati secondo le finalità e con le modalità descritte.

Data e firma, _____

Allegati:

- Copia documento di identità in corso di validità e codice fiscale del richiedente sottoscrittore
- Copia del permesso di soggiorno e/o cedolino di rinnovo
- Copia documento di identità in corso di validità della persona assistita e codice fiscale
- Copia Patto di cura (solo i Disabili Gravissimi)
- Copia verbale L.104/92 (solo Disabili Gravi)
- Copia riconoscimento indennità di accompagnamento
- Dichiarazione della struttura, come previsto dall'art. 2 comma 2 dell'avviso pubblico
- Copia codice IBAN intestato al *caregiver* familiare su cui accreditare il contributo (ad esclusione del codice IBAN del libretto postale). Specificare se trattasi di IBAN cointestato e indicare nominativo del cointestatario.
- Certificazione di morte rilasciata dai servizi demografici del Comune di residenza (in caso di persona assistita deceduta)