DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI SUSSIDI A FAVORE DELLE FAMIGLIE CHE ASSISTONO IN CASA PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI
RICORRENDO ALL'AIUTO DI ASSISTENTI FAMILIARI – periodo 1-1-2014/ 30-6-2015
(Verbale del Comitato di Distretto di Riccione –ambito territoriale Rimini Sud del 17/2/2015)

ESTREMI PROTOCOLLO DI ARRIVO DELLA DOMANDA
Prot. n. _____ del _____

Al Comune di _____
(indicare il Comune di residenza
per l'inoltro
all'Ufficio di Piano del Distretto di Riccione
con sede in Via Flaminia n. 41 - Riccione

Il/La sottoscritto/a _____in qualità di _____

dell'assistito _____

Codice Fiscale (dell'assistito)

nato/a a_____ il _____ e residente a _____
Via _____ n. _____, Telefono _____

Valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole del fatto che sulle dichiarazioni rese potranno essere effettuati controlli ai sensi degli artt. 71 e 72 del succitato D.P.R., delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

□ che il sottoscritto ***oppure*** □ che l'assistito
a) ha nel proprio nucleo familiare, anagrafico o di fatto, una o più persone, seguite da una o più assistenti familiari;
b) ha un'età di _____ anni (almeno 18);
c) ha una invalidità riconosciuta pari a _____ % (almeno 74%);
d) ha un valore Isee pari a € _____ (non superiore ad € 25.000,00);
e) non è già titolare di "Assegno di Cura" rilasciato da AUSL;
f) non è già titolare di prestazioni prevalenti erogate nell'ambito del progetto INPS Home Care Premium;
g) ha un contratto di lavoro che attesta la regolare assunzione di una o più persone dedicate all'assistenza della persona non autosufficiente,per un totale di almeno 24 ore settimanali;

CHIEDE

L' assegnazione del sussidio di cui al Bando adottato con DD 939 n. 15/10/2015 del Comune di Riccione sulla base del verbale del Comitato di Distretto di Riccione –ambito territoriale di Rimini sud, del 17/2/2015 e deliberazione di G.C. n. 215/2015;

ALLEGA ALLA DOMANDA
1) copia della certificazione dell'invalidità pari o superiore al 74% rilasciata dalla commissione per la valutazione degli stati d'invalidità civile cecità e sordomutismo del SSN;
2) copia del contratto o dei contratti di lavoro sottoscritti con l'assistente familiare inviati all'INPS (se i contratti sono più di uno occorre specificare i periodi di validità di ogni singolo contratto);
3) documento d'identità, la matricola INPS e il codice fiscale dell'assistente familiare
4) attestazione ISEE in corso di validità, rilasciata ai sensi DPCM n. 159/2013
5) fotocopia IBAN del c/c sul quale viene richiesto di effettuare il pagamento;

Ai sensi del DPR 445/2000 si allega inoltre alla presente copia fotostatica di un proprio documento d'identità in corso di validità

Nel caso di domanda presentata direttamente e sottoscritta in presenza del dipendente incaricato a riceverla, viene esibito documento di identità in corso di validità di tipo _____n° _____.

Firma del dipendente comunale incaricato
Lì _____ _____

Firma del Dichiarante
(firma leggibile)
Lì _____ _____

Informativa e consenso al trattamento dei dati

In base a quanto disposto dall'Art. 13 del D.lgs 196/2003 sono informato circa il trattamento dei miei dati personali ed in particolare che:

a) La finalità del trattamento è la valutazione per l'erogazione del "sussidio a favore di famiglie che assistono in casa persone anziane non autosufficienti ricorrendo all'aiuto di assistenti familiari" e per le procedure amministrative inerenti l'espletamento della pratica.
b) I dati saranno trattati su supporti cartacei ed elettronici.
c) Il conferimento dei dati ha natura facoltativa, tuttavia la loro mancanza non consentirà di dare luogo alle attività di cui sopra.
d) Potranno essere esercitati i diritti di accesso ai dati di cui all'Art. 7 del D. lgs. 196/2003.

Firma del Dichiarante
(firma leggibile)

Lì _____ _____

Modalità di richiesta pagamento

Visto l'art. 185 del D.Lgs. 18.08.2000 nr. 267, Il TITOLARE DEL BENEFICIO **(assistito)** chiede che il pagamento delle somme dovute siano effettuate con le modalità sottoindicate:

☐ ACCREDITO SU C/C BANCARIO presso l'Istituto Bancario_____
sede_____ intestato a _____

Coordinate Bancarie IBAN**: (Obbligatorie)**
IT

☐ ACCREDITO SU C/C POSTALE Agenzia _____Comune _____
Intestato a _____

Coordinate Bancarie IBAN**: (Obbligatorie)**
IT

<u>IN CASO DI ASSENZA DI UNO DEGLI STRUMENTI DI INCASSO DI CUI SOPRA, E' NECESSARIA LA DELEGA ALL'INCASSO AD ALTRA PERSONA DI FIDUCIA</u>

Il Titolare del beneficio delega al ritiro della somma spettante il/la Sig/ra_____
nato/a a _____ il _____ e residente a _____ _____in via _____, CF _____;

mediante:

☐ACCREDITO SU C/C BANCARIO presso l'Istituto Bancario_____
sede_____ intestato a _____

Coordinate Bancarie IBAN**: (Obbligatorie)**
IT

☐ ACCREDITO SU C/C POSTALE Agenzia _____Comune _____
Intestato a _____

Coordinate Bancarie IBAN**: (Obbligatorie)**
IT

Firma del delegante
(firma leggibile)

Li _____ ___ _____