



Giunta Regionale della Campania

50-05 Direzione Generale per le Politiche Sociali e Socio-Sanitarie



COMUNE di BATTIPAGLIA  
Ufficio Di Piano  
AMBITO TERRITORIALE S04\_1

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. 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**

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 \_\_\_\_\_ o, 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 è in Assistenza Domiciliare Integrata, con verbale UVI redatto in data \_\_\_\_\_;
- che in data \_\_\_\_\_ è stata presentata richiesta per l'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.

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 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 seguente codice IBAN (se titolari di conto corrente) \_\_\_\_\_

sul conto corrente intestato a: Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Codice

Fiscale \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

### 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.

### 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.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

#### **Allegati:**

- copia documento di identità in corso di validità del richiedente sottoscrittore;
- copia del permesso di soggiorno e/o del cedolino di rinnovo;
- Attestazione ISEE in corso di validità

