



Giunta Regionale della Campania

AMBITO TERRITORIALE CU0



Comune di Aversa Capofila

5005 Direzione Generale per le Politiche Sociali e Socio-Sanitarie

Aversa, Carinaro, Casaluce, Cesa, Gricignano di Aversa, Orta di Atella, Sant'Arpino, Succivo, Teverola

Allegato A. Schema di domanda

Alla c.a.

Oggetto: 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. 114/2023. Richiesta di accesso al voucher

II/ la sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____ Stato _____
residente nel Comune _____ Prov. _____ dell'ATS C06,
in Via/Piazza _____ n° _____
CAP _____ tel/cell _____ C.F. _____
email _____

in qualità di caregiver familiare di:

Nome _____ Cognome _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____ Stato _____
residente nel Comune _____ Prov. _____ della Regione Campania,
in Via/Piazza _____ n° _____ CAP _____
tel/cell _____
domiciliato presso _____
in Via/Piazza _____ n° _____ CAP _____ tel/cell _____
C.F. _____ età dell'insorgenza della patologia
invalidante _____





Giunta Regionale della Campania

AMBITO TERRITORIALE CUG



Comune di Aversa Capofila

5005 Direzione Generale per le Politiche Sociali e Socio-Sanitarie

Aversa, Carinaro, Casaluce, Cesa, Gricignano di Aversa, Orta di Atella, Sant'Arpino, Succivo, Teverola

DICHIARA

- di essere cittadino italiano;
- di essere 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 _____;
- di essere in condizione di autosufficienza
- di non aver usufruito del bonus €250,00 previsto dalla DGR124/2021 interven-to3.1, concesso ai caregiver familiari;
- stato occupazionale (barrare con una x l'opzione):
 - occupato disoccupato inattivo;
- che la persona di cui il caregiver familiare si prende cura è _____;
- 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 come da dichiarazione espressa attraverso Allegato B;
- che la persona di cui il caregiver familiare si prende cura (barrare con una x l'opzione):
 - non è in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
 - è in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

DICHIARA INOLTRE

- di essere caregiver di una persona con disabilità gravissima (accertata con Verbale n. _____ del _____);
- di essere caregiver di una persona con disabilità gravissima in attesa di valutazione integrata con richiesta prot. _____ in data _____;
- di essere caregiver di una persona con disabilità grave (accertata con Verbale n. _____ del _____);
- di essere caregiver di una persona con disabilità grave in attesa di valutazione integrata con richiesta prot. _____ in data _____;





Giunta Regionale della Campania

AMBITO TERRITORIALE CUB



Comune di Aversa Capofila

5005 Direzione Generale per le Politiche Sociali e Socio-Sanitarie

Aversa, Carinaro, Casaluce, Cesa, Gricignano di Aversa, Orta di Atella, Sant'Arpino, Succivo, Teverola

- che la propria situazione reddituale, risultante da certificazione ISEE in corso di validità è di _____ euro;
- di essere (barrare con una x l'opzione):
 - 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 DGR124/2021 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 _____;





Giunta Regionale della Campania

AMBITO TERRITORIALE C06



Comune di Aversa Capofila

5005 Direzione Generale per le Politiche Sociali e Socio-Sanitarie

Aversa, Carinaro, Casaluce, Cesa, Gricignano di Aversa, Orta di Atella, Sant'Arpino, Succivo, Teverola

sul conto corrente intestato a: Nome _____ 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;
- all'atto della domanda, ad iscriversi al Registro regionale dei caregivers familiari di cui alla DGR n. 124/2021 non appena attivo.

INFINE DICHIARA

- di essere consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare in contro 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'ATS C06 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 _____





Giunta Regionale della Campania

AMBITO TERRITORIALE CU0



Comune di Aversa Capofila

5005 Direzione Generale per le Politiche Sociali e Socio-Sanitarie

Aversa, Carinara, Casaluce, Cesa, Gricignano di Aversa, Orta di Atella, Sant'Arpino, Succivo, Teverola

Si allega alla presente:

_____ ;

_____ ;

_____ ;

_____ ;

_____ ;

Data _____

Firma _____



Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Pari Opportunità
Fondo per il sostegno del ruolo di cura
e di assistenza del caregiver familiare



