Via Case Rosse, 1 - 12073 CEVA (CN)

tel 0174 705600 - fax 0174 705645
e-mail: unimontceva@vallinrete.org PEC: unimontceva@legalmail.it

SERVIZIO SOCIO-ASSISTENZIALE AMBITO DEL DISTRETTO DI CEVA

Via XX Settembre, 3 – 12073 Ceva Tel. 0174/723869 fax. 0174/704786

e –mail: sociale.ceva@vallinrete.org pec: sociale.ceva@legalmail.it

Prot. n.

**INTERVENTI A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE – allegato A della DGR 3-3084/2021**

**Da compilare a cura del caregiver familiare**

Io sottoscritto (caregiver) …………………………………………………………………………………………..

nato a ………………………………………………………………. il…………………………………………….

Residente a ………………………………. (…...) in via/piazza ..………...……………………………………….

CAP ……………. Telefono/cell. ……………………………… e-mail ………………………………………….

**CHIEDO**

di essere ammesso al contributo straordinario per caregiver familiare di cui alla DGR 3-3084/2021

A tal scopo, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole della decadenza dei benefici connessi e delle sanzioni penali previste, ai sensi degli articoli 75 e 76 dello stesso DPR, in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**DICHIARO**

Che il/la sig./sig.ra ……………………………………………………………………………………………….....

(indicare grado di parentela o relazione) …………………………………………………………………...............

nato a ………………………………………………………………. il…………………………………………….

Codice Fiscale ……………………………………………………………………………………………………...

Residente a ………………………………. (…...) in via/piazza ..………...……………………………………….

CAP ……………. Telefono/cell. …………………………………………………………………………………

Si trova nelle seguenti condizioni (è possibile selezionare più casistiche):

* persona già valutata dalla commissione UVG/UMVD e inserita in graduatoria per un progetto di tipo:
* Domiciliare
* Residenziale
* persona titolare di indennità di accompagnamento
* persona che non ha avuto accesso alle strutture residenziali a causa dell’emergenza pandemica da Covid-19 per i seguenti motivi:

…………………………………………………………………………………………….

(allego la documentazione comprovante tale dichiarazione)

* persona rientrata presso il domicilio dopo un periodo di inserimento in struttura residenziale al fine di un ricongiungimento con il caregiver (indicare periodo di inserimento in struttura e data di rientro al domicilio)

…………………………………………………………………………………………………………

* persona che non si trova attualmente in una struttura residenziale in regime privato
* persona che non riceve e non ha ricevuto alcun contributo finalizzato a:
* progetti di vita indipendente (DGR 51-8960/2019)
* interventi domiciliari a persone affette da SLA (DGR 23-3624/2012 e 39-64/2014)
* Fondo Non Autosufficienze (DGR 3-2257/2020)
* contributo straordinario per persone non autosufficienti in situazione di fragilità economica (DGR 3-3084/2021 All.B)

DICHIARO di essere caregiver in maniera continuativa del mio congiunto non autosufficiente:

* convivente
* residente nello stesso comune
* residente in comune distante al massimo 20 km (sempre in Italia)

DICHIARO inoltre che:

* nessun familiare si trova in congedo straordinario ex legge 104 art. 33 per prestare assistenza al proprio congiunto
* di essere nucleo monoparentale
* di essere famiglia monoreddito
* di avere preso atto e accettare integralmente i criteri e le condizioni di erogazione del contributo di cui alla DGR 3-3084/2021

ALLEGO attestazione ISEE SOCIO SANITARIO della persona non autosufficiente assistita, in corso di validità

DICHIARO di essere consapevole che, in caso di attivazione di interventi a sostegno della domiciliarità, il contributo verrà sospeso

DICHIARO inoltre di essere consapevole che potranno essere eseguiti dei controlli, anche 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 del beneficio concesso

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

Accredito su conto corrente intestato a (cognome e nome del caregiver familiare)

………………………………………………………………………………………………………………

Codice Fiscale del caregiver familiare………………………………………………………………………

Banca ………………………………………………………………………………………………………………

IBAN: *(si consiglia di allegare anche copia di un documento della banca in cui sia riportato il codice IBAN, al fine di poter gestire eventuali errori o illeggibilità del codice sotto indicato)*

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

**INFORMAZIONI DA FORNIRE ALL'INTERESSATO (ex art. 13 GDPR 2016/679)**

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679, La informiamo che il trattamento dei dati personali forniti o comunque acquisiti è finalizzato all’istruttoria del procedimento ed avverrà presso gli uffici del Servizio Socio-Assistenziale in via XX settembre n.3 a Ceva con l’utilizzo di procedure anche informatiche, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità. Il conferimento dei dati è facoltativo ed il mancato conferimento comporterà l’impossibilità della formalizzazione del procedimento stesso. I dati personali raccolti verranno conservati sino al termine del procedimento e nel rispetto della vigente normativa. I Suoi dati possono essere comunicati al Tesoriere dell’Ente, ad altri Enti Pubblici e Privati strumentali alle finalità del trattamento.

All’interessato sono riconosciuti i diritti di cui al Regolamento UE 2016/679, e in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l’aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al trattamento per motivi legittimi e di sottoporre reclamo all’autorità Garante. In ogni momento potrà rivolgersi al titolare del trattamento: Unione Montana delle Valli Mongia e Cevetta, Langa Cebana , Alta Valle Bormida” – SERVIZIO SOCIO-ASSISTENZIALE – Via XX Settembre, 3 – Ceva (Tel.0174-723869 – Fax 0174-704786) oppure contattare il DPO avv. Dadone Daniela – Via Cuneo, 12 – Mondovì T

el. 3452303416 e-mail: dpodanieladadone@gmail.com pec: dadonedaniela@legalmail.it

………………….., lì …………………

 Il caregiver familiare

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_