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.

**CONTRIBUTO STRAORDINARIO A FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI IN SITUAZIONE DI FRAGILITA’ ECONOMICA – allegato B della DGR 3 – 3084/2021**

Il sottoscritto…………... …………………………………………………………………………………………..

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

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

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

In qualità di:

* Diretto interessato
* Tutore
* Amministratore di sostegno
* Familiare (rapporto di parentela ……………………………………………………………………)

del/della sig./sig.ra ………………………………………………………………………………………....

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

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

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

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

**CHIEDE**

il contributo straordinario a favore di persone non autosufficienti in situazione di fragilità economica 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

**DICHIARA**

* di avere preso atto e di accettare integralmente i criteri e le condizioni di erogazione del contributo di cui alla DGR 3-3084/2021;
* di essere consapevole che la concessione del contributo straordinario è incompatibile con la fruizione di contributi finalizzati 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),
* sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare (DGR 3-3084/2021 All. A)

che il beneficiario

* è stato valutato non autosufficiente dalla commissione UVG/U.M.V.D., ed è inserito in graduatoria per un progetto di tipo:
* Domiciliare/Semiresidenziale
* Residenziale
* è titolare di indennità di accompagnamento;
* non si trova attualmente in una struttura residenziale

e che

* il nucleo familiare ha subito una riduzione della capacità di sostegno alla persona non autosufficiente riguardante almeno un componente del nucleo familiare convivente, i figli non conviventi e loro coniugi o conviventi nel proprio nucleo familiare, nel periodo **1° marzo 2020 - 30 giugno 2021** a causa di una o più delle seguenti condizioni:
* perdita del lavoro del sig. ……………………………………………………………… grado di parentela con la persona non autosufficiente ………………………………………

avvenuta nel periodo di riferimento, senza riacquisizione del posto di lavoro al momento della presentazione della domanda

indicare:

* ultimo datore di lavoro …………………………………………………..................
* data cessazione del rapporto di lavoro ………………………………………...........
* cassa integrazione del sig. …………………………………………………………………. di almeno 90 giorni nel periodo di riferimento, senza successivo rientro lavorativo,

grado di parentela con la persona non autosufficiente ………………………………………

* cessazione della propria attività lavorativa con partita IVA durante il periodo di riferimento, del sig. ………………………………………………………………………………………

grado di parentela con la persona non autosufficiente ………………………………………

Indicare:

* Data chiusura attività ………………………………………………………………
* Ragione Sociale ……………………………………………………………………
* P. IVA ………………………………………………………………………………
* decesso del congiunto con reddito non inferiore ai 15.000,00 lordi annui, durante il periodo di riferimento,

sig. …………………………………………………………………………………………..

grado di parentela con la persona non autosufficiente ………………………………………

Indicare:

* Data del decesso …...……………………………………………………………….
* Reddito lordo annuo 2020 ….……………………………………………………….
* di voler utilizzare l’eventuale contributo per (è possibile indicare più di una voce):
* Copertura spese per acquisto servizi professionali
* Copertura spese di assistenza familiare (caregiver familiare – art. 1 c. 255 L. 205/2017)
* Copertura spese per servizi di tregua domiciliare (servizi domiciliari finalizzati ad alleviare gli oneri di cura da parte della famiglia)
* Copertura spese per fornitura pasti, servizi di lavanderia, interventi di pulizia ed igiene
* Copertura spese per trasporti (visite mediche, effettuazione terapie o altro collegato al PAI personale)

DICHIARA inoltre di essere consapevole che potranno essere eseguiti dei controlli 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 dal beneficio concesso.

SI IMPEGNA a comunicare tempestivamente ogni variazione delle condizioni che hanno consentito l’accesso al contributo, consapevole che in caso di percepimento indebito, l’Ente erogante procederà con la richiesta della restituzione delle somme non dovute.

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

COMUNICA i seguenti dati ai fini dell’erogazione del contributo (se spettante)

Accredito su conto corrente intestato a (cognome e nome, specificare se è il caregiver familiare)

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

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

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 dichiarante

 …………………………….