Al **CONSORZIO CISA OVEST TICINO**

Via Gambaro n. 47

ROMENTINO (NO)

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

**CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE**

Il/la sottoscritto/a(caregiver)…………………………………………………………………………... nato/a a……………………………………………………………………… il………...……………. Codice Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| residente a……………………………………………………………………………….. (......) in via/piazza……………………………………………...……………………………………………. CAP……………… tel./cell.……./………………………e-mail………….………………………….

Rapporto con l’assistito: ❑coniuge ❑unito civilmente❑convivente❑figlio/figlia ❑fratello/sorella ❑nuora ❑genero ❑padre/madre❑nipote❑pronipote

**CHIEDE**

di essere ammesso al contributo straordinario per caregiver familiare di cui alla DGR 3-3084/2021 del 16 aprile 2021 applicata per il Consorzio CISA Ovest Ticino con Delibera del Consiglio di Amministrazione n. 36 del 18/06/2021.

A tale 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** quanto riportato nei seguenti Quadri A, B e C:

**Quadro A)**

1. di assistere, presso il suo domicilio,il familiare indicatoal successivo Quadro B.

2. di essere consapevole che la concessione del contributo straordinario è incompatibile con lafruizione 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), FondoNon Autosufficienze (DGR 3-2257/2020), contributo straordinario per persone nonautosufficienti in situazione di fragilità economica (DGR 3-3084/2021).

3. di essere consapevole che il contributo è condizionato all’effettiva permanenza a domiciliodella persona non autosufficiente.

**Quadro B)** che il familiare assistito è:

Cognome e Nome ...............………………………………….......................................................................nato/a a …………………………………………….……......…….il ……………………… e residentea …..………………………… indirizzo ………………………………………………. CAP……….............tel./cell. ............/…………….…………

Che il familiare assistito si trova nelle seguenti condizioni(è possibile selezionare più casistiche):

❑persona in condizione di disabilità gravissima (art 3 Decreto del Ministero del lavoro e dellePolitiche Sociali n. 280/2016). Nel caso di una valutazione che non riporti tale indicazione, il Servizio Sociale provvederà a richiederlo direttamente alle Unità di Valutazione competenti

❑persona che non ha avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normativeemergenziali (*comprovata da idonea documentazione*)

❑persona inserita in struttura residenziale in regime convenzionato,destinataria di programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e alricongiungimento del caregiver con la persona assistita

❑persona inserita in una delle seguenti graduatorie ❑U.V.G. ❑U.M.V.D.per progetti di tipo residenziale o domiciliare

❑ persona che non si trova attualmente in una struttura residenzialein regime non convenzionato (regime privato)

❑ persona che non riceve e non ha ricevuto alcun contributo a sostegno della domiciliarità (assegno di cura/buono famiglia, contributo per malati di SLA, contributo per vita indipendente)

In qualità di cargiver in maniera continuativa del proprio congiunto non autosufficiente è:

□ convivente

□ residente nello stesso Comune

□ residente in un Comune distante al massimo 20 km (sempre in Italia)

E che inoltre:

□ che nessun familiare si trova in congedo straordinario ex legge 104 per prestare assistenza al proprio congiunto

Oppure

□ che il seguente familiare …………………………… grado di parentela …………………………… si trova in congedo straordinario ex legge 104 per prestare assistenza al 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

**Quadro C)** ai fini della determinazione dell’importo del contributo

❑la persona assistita è in possesso di attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità che siallega alla presente. (Si allega ISEE della persona non autosufficiente)

**DICHIARA** inoltre di essere consapevole che potranno essere eseguiti dei controlli diretti adaccertare la veridicità delle dichiarazioni rilasciate secondo quanto previsto dalla normativa vigente eper gli effetti dalla stessa stabiliti, ivi inclusa la decadenza o la revisione dal beneficio concesso

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

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

Accredito su conto corrente intestato a (caregiver)……………………………………………………………CodiceFiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Banca …………………………………………………………

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

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

INFORMATIVA SULLA TUTELA DEI DATI PERSONALI REG. UE N° 2016/679

Il Consorzio, in qualità di titolare del trattamento, tratterà i dati personali conferiti con modalità prevalentemente informatiche e telematiche, per l'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri, ivi incluse le finalità di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici. I dati saranno trattati per il solo tempo necessario alla conclusione del procedimento-processo o allo svolgimento del servizio/attività richiesta e, successivamente alla conclusione del procedimento-processo o cessazione del servizio-attività, i dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale e dai collaboratori del titolare e potranno essere comunicati ai soggetti espressamente designati come responsabili del trattamento. Al di fuori di queste ipotesi i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi, se non nei casi specificatamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e seguenti del GDPR).

Gli interessati, ricorrendone i presupposti, hanno, altresì, il diritto di proporre reclamo all’Autorità di controllo (Garante Privacy) secondo le procedure previste.

Il Titolare del trattamento è: CISA OVEST TICINO sede ROMENTINO – Tel. 0321/869921 – e mail: protocollo@cisaovesticino.it

Il Responsabile della protezione dei dati è: BIGNOLI Stefano – tel 3351358176 – e mail: stefano.bignoli@t-solo.it