



# ZONA SOCIALE 6 - VALNERINA

## 2A) SCHEMA DI DOMANDA

**Sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare (ex comma 255 dell'art. 1 della Legge n. 205/2017). Avviso pubblico di selezione, ai sensi del DPCM del 28 dicembre 2021 (anno 2021).**

### Richiesta di accesso al contributo economico.

#### 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 \_\_\_\_\_  
Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_;

#### in qualità di caregiver familiare (Art. 2 dell'Avviso pubblico) di:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Comune afferente la Zona Sociale n. 6,  
Via / P.zza \_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_,  
domiciliato presso \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_;

### DICHIARA ( ai sensi dell'art. 71 D.P.R. 445/2000):

Di essere:

- cittadino italiano;
- cittadino comunitario;
- cittadino non comunitario, in possesso di titolo di soggiorno regolare n. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ con scadenza il \_\_\_\_\_ o, in caso di rinnovo, in  
possesso di ricevuta di presentazione della relativa domanda rilasciata in data  
\_\_\_\_\_;





## ZONA SOCIALE 6 - VALNERINA

- che la persona di cui il caregiver familiare si prende cura è in possesso di piano assistenziale personalizzato, redatto dai servizi sociali e socio-sanitari territorialmente competenti, al quale il Patto per la cura si riconduce, definito in data \_\_\_\_\_ e valido fino al \_\_\_\_\_;
- che presso \_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_, è stata presentata richiesta di valutazione del proprio familiare per la predisposizione del piano assistenziale personalizzato;
- 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;
- di essere caregiver di una persona con disabilità gravissima (accertata con Verbale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_);
- di essere *caregiver* di persona che non ha avuto accesso a strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali o per non disponibilità di posti comprovata da idonea documentazione;
- di essere caregiver di una persona inserita in un programma di accompagnamento finalizzato alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del *caregiver* con la persona assistita, comprovata da idonea documentazione;
- di avere nel proprio nucleo familiare n. \_\_\_\_\_ figli di età inferiore ai 18 anni;
- di avere nel proprio nucleo familiare n. \_\_\_\_\_ componenti in condizione di disabilità gravissima ai sensi dell'art. comma 3, della l. 104/92;
- di essere caregiver di una persona con disabilità grave (accertata con Verbale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_) ma non rientrante nelle tipologie a), b), c) di cui alla griglia di valutazione allegato 1a) all'avviso;

Che la propria situazione reddituale, risultante da certificazione ISEE è:

- inferiore a **25.000** euro, ovvero pari ad € \_\_\_\_\_;
- ricompresa entro la fascia da **25.001,00** euro a **35.000,00** euro, ovvero pari ad € \_\_\_\_\_;
- di fare parte del nucleo familiare della persona da assistere;
- di avere la residenza in altro modulo abitativo, ma collocato nella medesima struttura quale risiede





## ZONA SOCIALE 6 - VALNERINA

il proprio familiare;

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-).

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.

### CHIEDE

di essere ammesso a ricevere il contributo (ai sensi del DPCM del 28 dicembre 2021), previsto dall'Avviso pubblico.

### INFINE DICHIARA

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 della persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione della 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 Norcia in qualità di titolare.

I dati sopra richiesti verranno trattati dal Comune di Norcia in qualità di titolare del trattamento. Il DPO esterno è SOS Privacy.net con sede a Spoleto. 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.

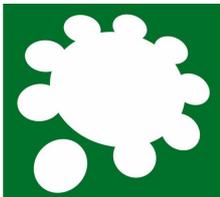
Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

#### Allegati:

- copia documento di identità in corso di validità del richiedente sottoscrittore;

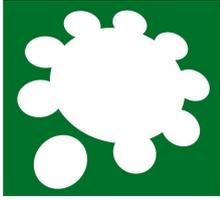




# ZONA SOCIALE 6 - VALNERINA

➤ copia del permesso di soggiorno e/o del cedolino di rinnovo;





# ZONA SOCIALE 6 - VALNERINA

## Allegato 3A) PATTO PER LA CURA

- **Obiettivi di cura che si intendono perseguire**, connessi a salute, relazioni affettive e di cura, relazioni sociali, autonomia ed autosufficienza personale, mobilità, espressione personale (a titolo esemplificativo, ma non esaustivo) **e indicazione in mesi della durata del patto**:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- **Condizione attuale** (Specificare brevemente):

---

---

---

---

---

---

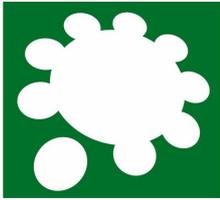
---

---

---

---





# ZONA SOCIALE 6 - VALNERINA

➤ **Necessità della persona** (Specificare brevemente):

---

---

---

---

---

---

---

➤ **Impegni del caregiver familiare, modalità di monitoraggio del buon andamento e del perseguimento degli obiettivi previsti dal Patto per la cura**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Data e luogo, \_\_\_\_\_

Firma CAREGIVER \_\_\_\_\_

Firma della persona con disabilità  
(o del suo amministratore di sostegno, curatore o tutore) \_\_\_\_\_

Firma Case manager \_\_\_\_\_

