

AMBITO DISTRETTUALE BASSA BRESCIANA ORIENTALE

*Comuni di Acquafredda, Calcinato, Calvisano, Carpenedolo,
Montichiari, Remedello e Visano*

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL CONTRIBUTO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE

**(Piano Sociale di Zona dell'Ambito Distrettuale Bassa
Bresciana Orientale – interventi di cui alla D.G.R.
7605/2022)**

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____

in via _____ n. _____ CAP _____

telefono _____ e-mail _____

CHIEDE

l'assegnazione del contributo a rimborso spese relative a interventi che favoriscano la sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare una tantum per il sostegno del ruolo di cura del caregiver familiare

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- *che il caregiver familiare che presta cura è il sig./sig.ra.....in qualità di.....del richiedente;*
- *di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti;*

- di essere in condizione di gravità ai sensi dell'art. 3, 3° comma, legge n. 104/92, come da verbale n. _____ in data _____, **di cui allego copia;**
- di essere beneficiario/a dell'indennità di accompagnamento come verbale n. _____ in data _____, **di cui allego copia;**

che le persone inserite nel proprio stato di famiglia e che il reddito lordo percepito sono indicati nell'autodichiarazione per il rilascio dell'attestazione ISEE, **di cui allego copia** (attestazione n. _____ del _____);

ALLEGA

idonea documentazione fiscale (fattura/ricevuta) comprovante la spesa sostenuta. Sono riconosciute le spese relative ad interventi forniti dal 01/01/2023 al 31/12/2023 (Non sono ammesse le spese relative a compartecipazione agli interventi di assistenza domiciliare già attivi - es. SAD comunale – e gli interventi di natura sociosanitaria).

- di scegliere, ai fini dell'accreditamento dei benefici economici, una delle seguenti modalità di pagamento:

direttamente su CONTO CORRENTE BANCARIO / POSTALE

INTESTATARIO o COINTESTATARIO

CODICE IBAN

direttamente su CONTO CORRENTE BANCARIO / POSTALE DEL MIO FAMILIARE CHE AUTORIZZO ALLA RISCOSSIONE PER MIO CONTO

INTESTATARIO

cognome _____ nome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____

indirizzo e n. civico _____

codice fiscale _____

CODICE IBAN

luogo e data

in fede

SOTTOSCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE

- ❑ *La presente dichiarazione è resa nell'interesse del soggetto che si trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio o, in mancanza di questo, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante (barrare la casella se ricorre il caso).*
- ❑ *La presente dichiarazione è resa in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale (barrare la casella se ricorre il caso).*

Se ricorre uno dei casi suddetti, ogni riferimento al "dichiarante", è da intendersi come riferimento al soggetto impedito o incapace nell'interesse o per conto del quale è redatta la dichiarazione.

INDICARE I DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CHE DICHIARA NELL'INTERESSE DEL SOGGETTO IMPEDITO O IN NOME E PER CONTO DEL SOGGETTO INCAPACE

cognome _____ nome _____

luogo di nascita _____ data di nascita _____

codice fiscale _____

comune di residenza _____ prov. _____ CAP _____

indirizzo e n. civico _____ telefono _____

luogo e data

in fede

Ai sensi del R. UE 2016/679 (Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali) il Comune di Montichiari, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, desidera informarLa che i suoi dati, verranno gestiti nel completo rispetto dei principi dettati dal Regolamento in materia di protezione dei dati personali.

L'informativa completa è disponibile presso gli uffici o sul sito internet del comune www.comune.montichiari.bs.it

La informiamo di quanto segue: il trattamento è indispensabile ai fini dell'accesso al beneficio; il trattamento è realizzato da personale del Comune di residenza e dell'Ufficio di Piano dell'Ambito distrettuale Bassa Bresciana Orientale, anche con l'ausilio di mezzi informatici.

Preso atto dell'informativa di cui sopra, il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali che lo/a riguardano, funzionale agli scopi per il quale è posto in essere.

....., il

Firma