Allegato "A"

ASSEGNO DI CURA TIPO "A"

(supporto alla famiglia che presta direttamente assistenza al proprio familiare non autosufficiente)

Schema di domanda

			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Al Sig. Sindaco del Comune di			prot n°
			del
			(Riservato all'Ufficio)
II sottoscritto/a		codice fiscale _	
nato/a	()	il _	
residente a		CAP	
		57500460	
indirizzo	, n°,	telefono _	
As parte sottostante	in qualità di titolare/fa	miliare/tutore/altro (s	pec.) Persona diversa dal titolare)
- Marco			,
del Sig./Sig.ra			
nato/a	()	il	-
residente a		CAP _	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
indirizzo	, n°,	telefono _	
	fe domende di As	segno di Cura tipo "A"	
	IN LAVISHALITY CLASSIC	osgan an oran apo an	
A tal fine, il sottoscritto			
ri tai into, ii sottoseitto			
	d	ichiara	
sotto la propria personale responsabilità	e consapevole delle consegu	ienze civili e penali derivi	anti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi
del D.P.R. 445/2000			
	1. Da	ti generali	
» che la persona interessata pe	r quanto nelle proprie capac	ità e le altre persone con	nponenti della sua famiglia sono informate e
consenzienti circa la presenta	zione della presente domano	la e le informazioni in es	sa contenute;
		ssarie ad assicurare adegu	ata assistenza a favore del proprio familiare nor
autosufficiente presso il suo e	domicшo; anno certificazione ISEE i ci	ii redditi siano riferiti all'i	ultima dichiarazione dei redditi presentata;
d. di essere a conoscenza che la	mancata presentazione della	certificazione ISEE, cor	mporta l'esclusione dal beneficio;
e, che la persona di riferimen	to è:		
Signor/a		codice fiscale _	
nato/a	()	il	
residente a		CAP _	
indirizzo		telefono	
Indirizzo			
	2, Modalit	à di riscossione	
Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da og	ni responsabilità		
chiede che la liquid	lazione del contributo eco	nomico venga effettuat	ra con la seguente modalità:
- Aussaus son trasforibile			
 Assegno non trasferibile Accreditamento bancario, su i 	istituto di credito		
IBAN			
IDIMY		estato a	
Richiedente		eficiario	Persona di riferimento

Allegato "A"

:

4. Comunicazione variazioni

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunale comunicando tempestivamente, entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In partic	olare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona non autosufficiente:
In fede	 a) l'ingresso in una struttura residenziale ed il relativo periodo di permanenza; b) il decesso; c) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio; d) le variazioni contrattuali relative alle assistenti familiari (licenziamento, variazione orario, sostituzione della persona, ecc.)
Luogo,	Data/
	IL DICHIARANTE
	(firma leggibile)
Allega:	
•	certificato di invalidità per la concessione dell'indennità di accompagnamento rilasciato dalla Commissione Medica competente ai sensi della L. 18/1980; attestazione I.S.E.E. 2021 del nucleo familiare della persona non autosufficiente, come disciplinato dai D.Lgs. n. 109/98 e n. 130/2000 e dai D.P.C.M. n. 221/99 e n. 242/01, attestante il valore uguale o al di sotto di € 10.635,30 da produtre annualmente; stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di pubblicazione dell'Avviso; autocertificazione che attesti l'assistenza diretta al proprio familiare (Assegno di tipo A); documento di identità valido del dichiarante.
	Informativa relativa al trattamento dei dati personali
modifica	dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR - Regolamento generale sulla protezione dei dati - e del codice della privacy italiano, come to dal d.lgs 101/2018, i dati personali forniti dai richiedenti saranno raccolti e trattati con o senza ausilio di mezzi elettronici, secondo ndicato nell'informativa dell'avviso stesso di cui il sottoscritto dichiara la presa visione ed accettazione.
Data _	Il Dichiarante

(firma leggibile)

Allegato "B"

ASSEGNO DI CURA TIPO "B" (supporto alla famiglia che intende avvalersi a titolo oneroso di familiari o assistenti familiari)

Schema di domanda

Al Sig. Sindaco del Comune di	prot. n°
	del
	(Riservato all'Ufficio)
Il sottoscritto/a	codice fiscale
nato/a()	il
residente a	CAP
indirizzo, n°,	telefono
	familiare/tutore/altro (spec.) Il caso in cui il zichiedente è persona diversa dal titolare)
del Sig./Sig.ra	codice fiscale
nato/a ()	il
residente a	CAP
indirizzo, n°,	telefono
fa domanda di A	ssegno di Cuca tipo "B"
A tal fine, il sottoscritto	
	dichiara
sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseç del D.P.R. 445/2000	guenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sen
1. D	Pati generali
consenzienti circa la presentazione della presente doma b. che la famiglia: intende avvalersi, a titolo oneroso, di familiari o di uno ovvero sostiene gli oneri per l'assistenza alla persona non auto familiari come al successivo punto 2; c. l'impegno a presentare ogni anno certificazione ISEE i	
Signor/a	codice fiscale
nato/a()	il
residente a	CAP
indirizzo, nº,	telefono
2. Dati relativi al fai	miliare o all'assistente familiare
A. Familiare o Assistente familiare assunto/a dalla famiglia	
1. Il familiare/L'assistente familiare	, codice fiscale, iscritto/a all'INP , è stato/a assunto/a da un familiare con regolar
con matr	, è stato/a assunto/a da un familiare con regolar nti della persona con disabilità gravissima indicata in precedenza:

Allegato "B"

B. Familiare o Assistente familiare pagato/a p	per il tramite di enti terzi		
4 11 6 11 / 12 - 1 6 - 11		codice fiscale	recolarmente
1. Il familiare/L'assistente familiare assunto/a dalla Ditta (ragione sociale)	codice fiscale	avente sede legale a	, regolativente
() in Via	, iscritta al Registro Regionale		(cooperative sociali, ecc.)
() in Viaovvero nel Registro C.C.I.A.A. nella posizione nº	', per il quale il familiare del benef	ficiario sostiene il costo, <u>come da dichi</u>	arazione allegata, per lo
svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti	della persona con disabilità gravissima inc	licata in precedenza:	
- per n° ore settimanali di assistenza per il p	periodo dal//		
	3. Modalità di riscossion	ne.	
sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni resp	oonsabilità		
	e del contributo economico venga	effettuata con la seguente mod	alità:
Assegno non trasferibile			
Accreditamento bancario, su istituto	di credito		
IBMN			
	Intestato a	Persona di r	i Carlimanto
Richiedente	Beneficiario	Persona di I	пениеню
	4. Comunicazione variazi	oni	
	,,		
sottoscritto si impegna a collaborare con e <u>ll'evento</u> e comunque ogni qual volta il Se omanda.	il Servizio Sociale comunale comu ervizio Sociale lo richieda, le variazio	nicando tempestivamente, <u>entro 3</u> oni intervenute rispetto ai dati co	30 giorni dal verificar municati nella present
particolare si comunicheranno i seguenti ev	enti riguardanti la persona non autost ziale ed il relativo periodo di permane	afficiente:	
b) il decesso;	ante ed il relativo periotto di perinane	ilea,	
e) il cambiamento di indirizzo di resi	idenza o di domicilio:		
d) le variazioni contrattuali relative al	lle assistenti familiari (licenziamento,	variazione orario, sostituzione della	a persona, ecc.)
dyle variazioni continuani remare a	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	
200.00			
ı fede			
uogo,Data/	'/_		
		IL DICHIARANTE	
	_	(firma leggibile)	
llega:			
 certificato di invalidità per la concess sensi della L. 18/1980; 	sione dell'indennità di accompagnam	ento rilasciato dalla Commissione I	Medica competente ai
 certificazione I.S.E.E. 2021 del nucle 	eo familiare della persona non autosu e n. 242/01, attestante il valore ugual	fficiente, come disciplinato dai D.I le o al di sotto di € 10.635,30 da pr	.gs. n. 109/98 e n. odurre annualmente;
	non meno di 6 mesi dalla data di pub		
	zione di avvalersi di familiari o uno o		tipo B);
	ntrattuale con familiari o uno o più as		
documento di identità valido del dici		-	
documento di idendia valdo dei die	mararic.		
Informa	ativa relativa al trattamento c	dei dati personali	
i sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/67 nodificato dal d.lgs 101/2018, i dati personali f uanto indicato nell'informativa dell'avviso stes:	forniti dai richiedenti saranno raccolti	e trattati con o senza ausilio di m	lla privacy italiano, con ezzi elettronici, second
Oata		Il Dichiarante	
		(firma leggibile)	

Allegato "C"

ASSEGNO DI CURA TIPO "C"

(supporto alla persona non autosufficiente che intende avvalersi di un aiuto, a titolo onetoso, da familiari o da altri)

Modulo di domanda

Al Sig. Sindaco del Comune di			prot. n°
			del
			(Riservato all'Ufficio)
sottoscritto/a		codice fiscale	
to/a	()	il	
idente a		CAP	
irizzo	, n°,	telefono	
	n qualità di titolare/supp è da compilare soltanto nel c		altro (spec.) ate è persona diversa dal titolare)
Sig./Sig.ra	*****	codice fiscale	
o/a	()	11	
dente a		CAP	
irizzo	, n°,	telefono	
	£ domanda di Ass	eano di Cam tino '	uc»
		c <i>hiata</i> enze civili e penali de	erivanti da dichiarazioni false o incomplete ai se
D.P.R. 445/2000 Dati generali a. che la persona interessata, per q consenzienti circa la presentazio b. che il beneficiario: - intende acquisire, a titolo oner ovvero - sostiene gli oneri per l'assisten c. l'impegno a presentare ogni anno d. di essere a conoscenza che la ma	e consapevole delle consegue uanto nelle proprie capacità, one della presente domanda oso, un aiuto da parte di fan za alla propria persona da pa o certificazione ISEE i cui re ncata presentazione della ce	enze civili e penali de e le altre persone co e le informazioni in e ciliari o di altri per so arte di familiari o di t edditi siano riferiti all	omponenti della sua famiglia sono informate e essa contenute; ostenere il proprio progetto di vita indipendente
D.P.R. 445/2000 Dati generali a. che la persona interessata, per q consenzienti circa la presentazio b. che il beneficiario: - intende acquisire, a titolo oner ovvero - sostiene gli oneri per l'assisten c. l'impegno a presentare ogni anno d. di essere a conoscenza che la ma e. che la persona di riferimento è	e consapevole delle consegue uanto nelle proprie capacità one della presente domanda oso, un aiuto da parte di fan za alla propria persona da pa o certificazione ISEE i cui re incata presentazione della ce :	enze civili e penali de e le altre persone co e le informazioni in e niliari o di altri per so arte di familiari o di t edditi siano riferiti all rtificazione ai fini IS	omponenti della sua famiglia sono informate e essa contenute; ostenere il proprio progetto di vita indipendente erzi; l'ultima dichiarazione dei redditi presentata; EE, comporta l'esclusione dal beneficio;
D.P.R. 445/2000 Dati generali a. che la persona interessata, per q consenzienti circa la presentazio b. che il beneficiario: - intende acquisire, a titolo oner ovvero - sostiene gli oneri per l'assisten c. l'impegno a presentare ogni anno d. di essere a conoscenza che la ma e. che la persona di riferimento è	e consapevole delle consegue uanto nelle proprie capacità one della presente domanda oso, un aiuto da parte di fan za alla propria persona da pa o certificazione ISEE i cui re incata presentazione della ce :	enze civili e penali de e le altre persone co e le informazioni in e niliari o di altri per so arte di familiari o di t edditi siano riferiti all rtificazione ai fini IS	essa contenute; ostenere il proprio progetto di vita indipendente terzi; l'ultima dichiarazione dei redditi presentata;
D.P.R. 445/2000 Dati generali a. che la persona interessata, per q consenzienti circa la presentazio b. che il beneficiario: - intende acquisire, a titolo oner ovvero - sostiene gli oneri per l'assisten c. l'impegno a presentare ogni anno d. di essere a conoscenza che la ma e. che la persona di riferimento è nor/a	e consapevole delle consegue uanto nelle proprie capacità one della presente domanda oso, un aiuto da parte di fan za alla propria persona da pa o certificazione ISEE i cui re incata presentazione della ce :	enze civili e penali de e le altre persone co e le informazioni in e niliari o di altri per so arte di familiari o di t edditi siano riferiti all rtificazione ai fini IS	omponenti della sua famiglia sono informate e essa contenute; ostenere il proprio progetto di vita indipendente erzi; l'ultima dichiarazione dei redditi presentata; EE, comporta l'esclusione dal beneficio;
D.P.R. 445/2000 Dati generali a. che la persona interessata, per q consenzienti circa la presentazio b. che il beneficiario: - intende acquisire, a titolo oner ovvero - sostiene gli oneri per l'assisten c. l'impegno a presentare ogni anno d. di essere a conoscenza che la ma e. che la persona di riferimento è nor/a	e consapevole delle consegue uanto nelle proprie capacità one della presente domanda oso, un aiuto da parte di fan za alla propria persona da pa o certificazione ISEE i cui re incata presentazione della ce :	enze civili e penali de e le altre persone co e le informazioni in e niliari o di altri per so arte di familiari o di t edditi siano riferiti all rtificazione ai fini IS.	omponenti della sua famiglia sono informate e essa contenute; ostenere il proprio progetto di vita indipendente erzi; l'ultima dichiarazione dei redditi presentata; EE, comporta l'esclusione dal beneficio;
D.P.R. 445/2000 Dati generali a. che la persona interessata, per q consenzienti circa la presentazio b. che il beneficiario: - intende acquisire, a titolo oner ovvero - sostiene gli oneri per l'assisten c. l'impegno a presentare ogni anno d. di essere a conoscenza che la ma e. che la persona di riferimento è nor/a dente a	e consapevole delle consegue uanto nelle proprie capacità one della presente domanda oso, un aiuto da parte di fan za alla propria persona da pa o certificazione ISEE i cui re incata presentazione della ce :	enze civili e penali de e le altre persone co e le informazioni in e niliari o di altri per so arte di familiari o di t edditi siano riferiti all rtificazione ai fini IS: codice fiscale	omponenti della sua famiglia sono informate e essa contenute; ostenere il proprio progetto di vita indipendente erzi; l'ultima dichiarazione dei redditi presentata; EE, comporta l'esclusione dal beneficio;
D.P.R. 445/2000 Dati generali a. che la persona interessata, per q consenzienti circa la presentazio b. che il beneficiario: - intende acquisire, a titolo oner ovvero - sostiene gli oneri per l'assisten c. l'impegno a presentare ogni anno d. di essere a conoscenza che la ma c. che la persona di riferimento è nor/a dente a	uanto nelle proprie capacità, one della presente domanda coso, un aiuto da parte di fanza alla propria persona da parte certificazione ISEE i cui reincata presentazione della ce:	enze civili e penali de e le altre persone co e le informazioni in e niliari o di altri per so arte di familiari o di t edditi siano riferiti all rtificazione ai fini IS. codice fiscale il CAP telefono	omponenti della sua famiglia sono informate e essa contenute; ostenere il proprio progetto di vita indipendente terzi; l'ultima dichiarazione dei redditi presentata; EE, comporta l'esclusione dal beneficio;
D.P.R. 445/2000 Dati generali a. che la persona interessata, per q consenzienti circa la presentazio b. che il beneficiario: - intende acquisire, a titolo oner ovvero - sostiene gli oneri per l'assisten c. l'impegno a presentare ogni anno d. di essere a conoscenza che la ma e. che la persona di riferimento è nor/a	uanto nelle proprie capacità one della presente domanda coso, un aiuto da parte di fanza alla propria persona da paro certificazione ISEE i cui rencata presentazione della ce:	enze civili e penali de e le altre persone co e le informazioni in e niliari o di altri per so arte di familiari o di t edditi siano riferiti all rtificazione ai fini IS. codice fiscale il CAP telefono	omponenti della sua famiglia sono informate e essa contenute; ostenere il proprio progetto di vita indipendente terzi; l'ultima dichiarazione dei redditi presentata; EE, comporta l'esclusione dal beneficio;
D.P.R. 445/2000 Dati generali a. che la persona interessata, per q consenzienti circa la presentazio b. che il beneficiario: - intende acquisire, a titolo oner ovvero - sostiene gli oneri per l'assisten c. l'impegno a presentare ogni anno d. di essere a conoscenza che la ma c. che la persona di riferimento è nor/a idente a itizzo Familiare o Assistente familiare assuni	uanto nelle proprie capacità one della presente domanda coso, un aiuto da parte di fanza alla propria persona da paro certificazione ISEE i cui rencata presentazione della ce:	enze civili e penali de e le altre persone co e le informazioni in e diliari o di altri per sonte di familiari o di tedditi siano riferiti all rificazione ai fini IS. codice fiscale il CAP telefono	omponenti della sua famiglia sono informate e essa contenute; ostenere il proprio progetto di vita indipendente terzi; l'ultima dichiarazione dei redditi presentata; EE, comporta l'esclusione dal beneficio;

Allegato "C"

B. Familiare o Assistente familiare pagato/a	a per il tramite di enti terzi		
1 Th Compliant / Provinces Compliant		codice fiscale	regolarmente
assunto/a dalla Ditta (rasione tociale)	codice fiscale	. avente sede legale a	, regonamente
() in Via	, iscritta al Registro Regionale		(cooperative sociali, ecc.)
ovveto nel Registro C.C.I.A.A. nella posizione svolgimento di funzioni assistenziali nei confror - per n° ore settimanali di assistenza per	codice iscate, iscritta al Registro Regionale, per il quale il familiare del beneficiar nti della persona con disabilità gravissima indicate il periodo dal//	io sostiene il costo, <u>come da di</u> 1 in precedenza:	chiarazione allegata, per lo
	3. Modalità di tiscossione		
Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni re	esponsabilità		
chiede che la liquidazio	one del contributo economico venga effe	ettuata con la seguente mo	odalità:
Assegno non trasferibile	Y Y		
	ito di credito		
IBAIN	Intestato a		
Richiedente	Beneficiario	Persona d	li riferimento
			7
	4. Comunicazione variazioni		
Il sottoscritto si impegna a collaborate co dell'evento e comunque ogni qual volta il domanda.	n il Servizio Sociale comunale comunica Servizio Sociale lo richieda, le variazioni	ndo tempestivamente, <u>entro</u> intervenute rispetto ai dati	 30 giorni dal verificars comunicati nella presente
In particolare si comunicheranno i seguenti o	eventi rimardanti la persona non autosuffic	iente:	
-			
	enziale ed il relativo periodo di permanenza;		
b) il decesso;	oridones o di dominilios		
c) il cambiamento di indirizzo di re	esidenza o di domicilio; e alle assistenti familiari (licenziamento, vari	azione orario sostinazione de	ella persona ecc.)
In fede	and assistent familiari (nechziamento, vari	azione orazio, adadeazione di	one percorn, coay
Luogo, Data	/ /		
Luogo,Data	<i></i>		
		IL DICHIAI	RANTE
			-
		(firma leggibile))
Allega:			
	cessione dell'indennità di accompagnament	o rilasciato dalla Commissio	one Medica competente a
sensi della L. 18/1980; certificazione I.S.E.E. 2021 del n	nucleo familiare della persona non autosuf	ficiente, come disciplinato d	łai D.Lgs. n. 109/98 e n
130/2000 e dai D.P.C.M. n. 221/9	99 e n. 242/01, attestante il valore uguale o	al di sotto di € 10.635,30 da	produrre annualmente;
	ite non meno di 6 mesi dalla data di pubblic nzione di avvalersi di un aiuto, a titolo oner		o di altri (Assegno di tipo
C);			
 dichiarazione relativa al rapporto documento di identità valido del di 	contrattuale con un familiare o uno o più as lichiarante.	sistenti familiati o uli altra pe	cisona,
Inform	nativa relativa al trattamento dei	dati personali	
		_	Jalla vaivaan italiana aan
Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/ modificato dal d.lgs 101/2018, i dati personal quanto indicato nell'informativa dell'avviso st	li forniti dai richiedenti saranno raccolti e tr	attati con o senza ausilio di	mezzi elettronici, secondo
Data		Il Dichiarante	
	-	(firma leggibile)	