# LOGO PIANO DI ZONAserv

Timbro protocollo Comune

 **Al Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DOMANDA PER L’ACCESSO AL FONDO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE (DGR 4443/2021)**

**Il sottoscritto:**

## DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE

## Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in via/P.za \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito Telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eventuale indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**In qualità di**

* **Beneficiario;**
* **Appartenente alla famiglia del beneficiario;**
* **Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno del beneficiario**

(Decreto n. \_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tribunale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**CHIEDE LA CONCESSIONE DEL BUONO UNA TANTUM**

**a valere sul Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare**

**IN FAVORE DI:**

**INFORMAZIONI RELATIVE AL BENEFICIARIO (se diverso dal richiedente)**

## Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Residente in via/P.za \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Recapito Telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine, a conoscenza di quanto prescritto dagli art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere, e consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo DPR. 445/2000 e s.m.i. nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti

# DICHIARA

* di aver preso visione dell’Avviso pubblico per l’accesso al fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare (Dgr. 4443/2021)
* che il richiedente possiede i requisiti richiesti dal sopra citato Avviso Pubblico;
* che il richiedente **è in carico alla misura B2 2021 in quanto beneficiario del buono sociale per tre mesi consecutivi maturati entro il 31 dicembre 2021**, a seguito dell’ “*Avviso pubblico per l’accesso e l’erogazione delle misure a favore delle persone con disabilità grave o in condizione di non autosufficienza (Misura B2- Dgr. 4138/2020)*”.
* che l’assistenza del beneficiario al domicilio è svolta dal seguente caregiver familiare: Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA INOLTRE**

* di aver letto e compreso l’Informativa sulla privacy “*Informazioni sul trattamento dei dati personali nell’ambito della gestione del Comune di Abbiategrasso ai sensi del’articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 e dell’articolo 10 del decreto legislativo 18 maggio 2018, n. 51*” allegata all’Avviso pubblico ed esprime con la firma in calce, il proprio consenso al trattamento dei dati personali.

**Nel caso di accoglimento della domanda i sottoscritti dichiarano ai fini dell’erogazione dei benefici economici i seguenti dati**:

Intestatario conto corrente (il c/c deve essere intestato o cointestato al beneficiario o al suo legale rappresentante): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale intestatario c/c: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo intestatario c/c: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **CODICE IBAN (27 caratteri) relativo al CONTO CORRENTE** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA (BARRARE)**

* Fotocopia carta identità e codice fiscale del beneficiario
* Fotocopia carta d’identità e codice fiscale del richiedente (se diverso dal beneficiario)

**Data e Luogo** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del richiedente/familiare/tutore/curatore/amministratore di sostegno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**