

Avviso regionale -Fondo di sviluppo e coesione (FSC) - “Sostegno ai servizi di cura domiciliare”: Progetto AMIBUS 4

- Azione 3 - Zona-Distretto Livornese.

Schema di domanda per l'erogazione di contributi economici alla spesa destinati all'ampliamento del servizio di assistenza familiare

Domanda per l'accesso al buono servizio

Data e orario di ricezione _____

Il _____

sottoscritto

Nome e Cognome

☐ in qualità di richiedente

Oppure

☐ in qualità di familiare

Oppure

☐ in qualità di soggetto esercitante la tutela

del Signor/a (indicare i dati del beneficiario del contributo):

COGNOME	NOME
DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA
CODICE FISCALE	RESIDENTE A
VIA E NUMERO CIVICO	TEL/CELLULARE
IBAN (Beneficiario):	

CHIEDE

di poter accedere ai benefici di cui al Progetto denominato "AMIBUS 4 AZIONE 3" destinato all'erogazione di contributi economici per l'ampliamento del servizio di assistenza familiare.

L'azione 3 del progetto AMIBUS 4 finanzia l'erogazione di contributi economici alla spesa per un "assistente familiare" regolarmente contrattualizzato al fine di sostenere la domiciliarità, nonché di promuovere l'occupazione regolare e una maggiore sostenibilità della spesa a carico delle famiglie.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA

- di vivere al proprio domicilio;
- di essere residente nella Zona del Distretto Livornese presso il quale si sta presentando domanda di accesso ai benefici dell'avviso;
- di possedere un ISEE in corso di validità, allegato alla presente domanda rilasciato ai sensi del D.P.C.M. 159/2013 inferiore o uguale a € 32.000,00 annui e di essere ricompreso in una delle seguenti fasce:
 - ☐ da € 0 a € 8.000,00
 - ☐ da € 8.000,01 a € 16.000,00
 - ☐ da € 16.000,01 a € 24.000,00
 - ☐ da € 24.000,01 a € 32.000,00

data di rilascio ISEE _____

N° identificativo ISEE _____

- Di essere (*scegliere l'opzione che interessa*):

☐ Persona anziana ultra 65enne (ovvero di età inferiore ai 65 anni nel caso di persone con patologie degenerative assimilabili al decadimento cognitivo), **già valutata** dalla UVM *antecedentemente* all'avvio del progetto (25/11/2019), con una isogravità 4-5, che presenta un elevato bisogno assistenziale e ha ricevuto un **PAP residenziale** ma si trova in lista di attesa per l'inserimento in struttura (ai sensi della L.R. 66/2008, art. 12, comma 3);

oppure

☐ Persona anziana ultra 65enne (ovvero di età inferiore ai 65 anni nel caso di persone con patologie degenerative assimilabili al decadimento cognitivo), **valutata oppure rivalutata** dalla UVM successivamente all'avvio del progetto, con una isogravità di 4-5, che presenta un elevato bisogno assistenziale alle quali è proposto un **PAP residenziale** ma sono collocata in lista di attesa per l'inserimento in struttura (ai sensi della L.R. 66/2008, art 12, comma 3);

oppure

☐ Persona anziana ultra 65enne (ovvero di età inferiore ai 65 anni nel caso di persone con patologie degenerative assimilabili al decadimento cognitivo), **valutata oppure rivalutata** dalla UVM successivamente all'avvio del progetto, con una isogravità di 4-5, che presenta un elevato bisogno

assistenziale al quali può essere proposto un **PAP domiciliare** in forma indiretta di sostegno alla persona e alla famiglia attraverso la figura dell'assistente familiare

- di non essere destinatario di altri contributi pubblici a sostegno del costo per l'assistente familiare;
- di essere consapevole che l'importo del buono servizio avrà durata stabilita nel Piano di Spesa;

DICHIARA INOLTRE

- **di impegnarsi a presentare, pena la decadenza del contributo:**
 - Copia del contratto con l'assistente familiare (unatantum)
 - Copie delle buste paga (**entro il giorno 7 di ogni mese**), **pena lo slittamento del rimborso al mese successivo**
 - Copia della Denuncia di rapporto di lavoro domestico (unatantum)
 - Documenti che attestano il pagamento della retribuzione (**entro il giorno 7 di ogni mese**), nonché il versamento degli oneri e contributi dovuti (prima dell'inizio contributo, in seguito ogni 3 mesi) Marzo, Giugno, Settembre Dicembre, pena **pena lo slittamento del rimborso fino all'invio di quanto elencato**

INFORMATIVA DEL REGOLAMENTO (UE) N. 679 DEL 2016

Titolare del trattamento dati

Ai sensi dell'articolo 28 del Regolamento UE 679/2016 il titolare del trattamento dei dati è L'ente capofila dell'Asl Toscana Nord ovest; la Zona Distretto Livornese è responsabile del trattamento dati.

Luogo e data _____

Firma del richiedente _____