

Domanda di partecipazione al contributo straordinario per persone non autosufficienti in situazione di fragilità economica (ai sensi della DGR 3 – 3084 del 16 aprile 2021).

Il/la sottoscritto/a
nato/a a prov. il/...../.....
residente a prov. via/piazza
telefono
Codice Fiscale
in qualità di: diretto interessato familiare tutore amministratore di sostegno
del sig./sig.ra
nato/a a prov. il/...../.....
residente a prov. via/piazza
telefono
Codice Fiscale
valutato UMVD/UVG in data.....con punteggio.....

CHIEDE

di fruire del contributo straordinario per persone non autosufficienti in situazione di fragilità economica (ai sensi della DGR 3 – 3084 del 16 aprile 2021), a tal fine

DICHIARA

il configurarsi in una o più delle seguenti condizioni nel periodo 01/03/2020 – 30/06/2021

- perdita del lavoro del proprio congiunto convivente;
- perdita del lavoro del proprio congiunto non convivente;
- Cassa integrazione congiunto convivente;
- Cassa integrazione congiunto non convivente;
- cessazione di attività lavorativa in proprio del congiunto convivente;
- cessazione dell'attività lavorativa in proprio del congiunto non convivente;
- avvenuto decesso di un congiunto con reddito non inferiore ai 15.000,00 lordi annui.

DICHIARA altresì

- di essere assistito personalmente dal congiunto convivente;
- di essere assistito personalmente dal congiunto non convivente;
- di essere assistito mediante l'intervento di un assistente familiare, in possesso di regolare contratto di lavoro domestico, allegato alla presente istanza;
- che il/la sig./sig.ra ha un ISEE Socio Sanitario in corso di validità pari a €, come risulta dall'attestazione allegata;
- che il/la sig./sig.ra non beneficia di altri servizi ed interventi a carico del Consorzio e/o dell'ASL (attivati tramite U.V.G.);
- di aver preso visione e di accettare le condizioni proprie del Contributo così come specificate nell'avviso;
- di essere a conoscenza che il presente provvedimento è di natura straordinaria ed i contributi verranno erogati previo trasferimento delle risorse dagli organi competenti ed avranno durata massima di dodici mesi e/o termineranno con l'esaurimento dei fondi disponibili.
- di autorizzare espressamente e senza alcuna limitazione, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e dell'art. 13 del GDPR (Reg. UE 2016/679), il Consorzio e per esso il responsabile del trattamento dei dati personali ed i relativi incaricati, a richiedere i dati personali del Beneficiario ad Enti ovvero a soggetti terzi al fine di eseguire le opportune verifiche sulle condizioni socio-economiche del medesimo;

di aver compilato in proprio la presente dichiarazione e che quanto in essa espresso corrisponde a verità, consapevole delle responsabilità penali dell' art. 76 D.P.R. 28/12/2000 n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Luogo e data.....

Firma

Allegati:

- ISEE Socio Sanitario in corso di validità;
- carta identità del dichiarante e del beneficiario;
- codice fiscale del dichiarante e del beneficiario;
- contratto di lavoro assistente familiare (eventuale).