

Al Consorzio CISAS
Via Dante Alighieri, 10
13048 Santhià (VC)

**CONTRIBUTO STRAORDINARIO PER PERSONE NON
AUTOSUFFICIENTI
IN SITUAZIONE DI FRAGILITÀ ECONOMICA**

Il/la sottoscritto/a.....

nato/a a..... il.....

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

residente a..... (.....)

in via/piazza..... CAP.....

tel./cell...../.....e-mail.....

In qualità di: diretto interessato tutore amministratore di sostegno

familiare (indicare grado di parentela)

Del Sig/Sig.ra.....

nato/a a..... il.....

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

residente a..... (...)

in via/piazza..... CAP.....

tel./cell.....email

CHIEDE

di essere ammesso al contributo straordinario per persone non autosufficienti in situazione di fragilità economica di cui alla DGR 3-3084/2021 - Allegato B, applicata per il Consorzio CISAS con Delibera del Consiglio di Amministrazione n. 33 del 14.06.2021.

A tal scopo, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole della decadenza dei benefici connessi e delle sanzioni penali previste, ai sensi degli articoli 75 e 76 dello stesso DPR, in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

1. di aver preso atto e di accettare integralmente i criteri e le condizioni di erogazione del contributo di cui alla DGR 3-3084/2021 - Allegato B, applicata per il Consorzio CISAS con Delibera del Consiglio di Amministrazione n. 33 del 14/06/2021;

2. di essere già stato valutato dalla competente commissione U.V.G. U.M.V.D
in data con punteggio ed essere stata definita persona "non autosufficiente";

3. di essere in lista per prestazioni domiciliari di cui alla DGR 3-2257/2020 o per un inserimento in struttura residenziale;

4. che il proprio nucleo familiare ha subito una riduzione della capacità di sostegno alla persona non autosufficiente nel periodo 1° marzo 2020 - 30 giugno 2021 a causa di una o più delle seguenti condizioni:

- o A) perdita del lavoro avvenuta nel periodo 1° marzo 2020 - 30 giugno 2021, senza riacquisizione del posto di lavoro al momento della presentazione della domanda;

Indicare ultimo datore di lavoro e data cessazione del rapporto di lavoro:.....
.....

- o B) cassa integrazione di almeno 90 giorni nel periodo di riferimento (1° marzo 2020 - 30 giugno 2021), senza successivo rientro lavorativo;

- o C) cessazione della propria attività lavorativa con partita IVA durante il periodo di riferimento (1° marzo 2020 - 30 giugno 2021);

Indicare data chiusura attività, ragione sociale e p.iva:.....
.....
Indicare attuale condizione lavorativa:.....

- o D) decesso del congiunto con reddito non inferiore ai 15.000,00 lordi annui;

Indicare la data del decesso del congiunto e il Reddito da esso percepito nell'anno 2020:.....
.....

5. che le persone del nucleo familiare a cui si riferisce il precedente punto 4. sono:

Cognome e Nome

nato/a a il e residente

a indirizzo CAP.....

tel./cell. / email.....

rapporto di parentela: coniuge figlio/figlia fratello/sorella nuora genero nipote

padre/madre altro:

CON RIFERIMENTO ALLA CONDIZIONE A B C D

Cognome e Nome

nato/a a il e residente

a indirizzo CAP.....

tel./cell. / email.....

rapporto di parentela: coniuge figlio/figlia fratello/sorella nuora genero nipote

padre/madre altro:

CON RIFERIMENTO ALLA CONDIZIONE A B C D

Cognome e Nome

nato/a a il e residente

a indirizzo CAP.....

tel./cell. / email.....

rapporto di parentela: coniuge figlio/figlia fratello/sorella nuora genero nipote

padre/madre altro:

CON RIFERIMENTO ALLA CONDIZIONE A B C D

6. di essere consapevole che la concessione del contributo straordinario è incompatibile con la fruizione di contributi finalizzati a: progetti di vita indipendente (DGR 51-8960/2019), interventi domiciliari a persone affette da SLA (DGR 23-3624/2012 e 39-64/2014), Fondo Non Autosufficienze

(DGR 3-2257/2020), sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare (DGR 3-3084/2021 - Allegato A);

7. di essere consapevole che il contributo è condizionato all'effettiva permanenza a domicilio della persona non autosufficiente.

8. ai fini della determinazione dell'importo del contributo, di essere in possesso di attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità, che si allega.

DICHIARA inoltre di essere consapevole che potranno essere eseguiti dei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rilasciate secondo quanto previsto dalla normativa vigente e per gli effetti dalla stessa stabiliti, ivi inclusa la decadenza o la revisione dal beneficio concesso.

SI IMPEGNA a comunicare tempestivamente ogni variazione delle condizioni che hanno consentito l'accesso al contributo, consapevole che in caso di percepimento indebito, l'Ente erogante procederà con la richiesta della restituzione delle somme non dovute.

COMUNICA i seguenti dati ai fini dell'erogazione del contributo (se spettante)

Accredito su conto corrente intestato a (specificare se il beneficiario è il caregiver)

.....

Codice Fiscale

Banca

IBAN*: *(si consiglia di allegare anche copia di un documento della banca in cui sia riportato il codice IBAN, al fine di poter gestire eventuali errori o illeggibilità del codice sotto indicato)*

Luogo e data _____

IL DICHIARANTE

ALLEGATI

- la copia fotostatica del documento di identità e del codice fiscale del richiedente e del beneficiario;
- l'ISEE Socio Sanitario del beneficiario in corso di validità;
- il decreto di tutela/amministrazione di sostegno qualora la dichiarazione sia sottoscritta da tutore o Amministratore di Sostegno.

INFORMATIVA SULLA TUTELA DEI DATI PERSONALI REG. UE N° 2016/679

Il CISAS, in qualità di titolare del trattamento, tratterà i dati personali conferiti con modalità prevalentemente informatiche e telematiche, per l'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri, ivi incluse le finalità di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici. I dati saranno trattati per il solo tempo necessario alla conclusione del procedimento-processo o allo svolgimento del servizio/attività richiesta e, successivamente alla conclusione del procedimento-processo o cessazione del servizio-attività, i dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale e dai collaboratori del titolare e potranno essere comunicati ai soggetti espressamente designati come responsabili del trattamento. Al di fuori di queste ipotesi i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi, se non nei casi specificatamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e seguenti del GDPR).

Gli interessati, ricorrendone i presupposti, hanno, altresì, il diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo (Garante Privacy) secondo le procedure previste.

Il Titolare del trattamento dei dati è il Presidente del Consorzio CISAS di Santhia.

Responsabile della protezione dei dati: Dott. Gianmario Carignano (gianmario.carignano@cisassanthia.it)

Responsabile del trattamento dei dati: Dott.ssa Clavarino Giulia (giulia.clavarino@cisassanthia.it)

DPO (Data Protection Officer): Dott. Mauro Cestari (mauro@maurocestari.it).