Sede legale: Via Venezia 6
15121 Alessandria
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

Struttura: Servizio Socio Assistenziale
Distretto di Casale Monferrato
Direttore: dott.ssa Anna Maria Avonto

COMUNE DI BALZOLA - arrivo - Prot. 1491/PROT del 01/06/2021 - titolo VII - classe 12

# CONTRIBUTO STRAORDINARIO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE

Modulo di domanda da compilare a cura del caregiver

Il/la sottoscritto/a.....

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

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

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

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

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

## CHIEDE

di essere ammesso al contributo straordinario per caregiver familiare di cui alla DGR 3-3084/2021.
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** quanto riportato nei seguenti Quadri A, B e C:

## Quadro A)

1. di assistere il familiare indicato al successivo Quadro B) per favorire la sua permanenza a domicilio.
2. 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

Sede legale: Via Venezia 6
15121 Alessandria
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

Non Autosufficienze (DGR 3-2257/2020), contributo straordinario per persone non autosufficienti in situazione di fragilità economica (DGR 3-3084/2021).
3. di essere consapevole che il contributo è condizionato all'effettiva permanenza a domicilio della persona non autosufficiente.
4. di essere residente nello stesso comune o on un comune ad una distanza massima di 20 km e, comunque, all0'interno del territorio della Repubblca Italiana.

**Quadro B)** che il familiare assistito è:

Cognome e Nome .....

nato/a a ..... il ..... e residente

a ..... indirizzo .....CAP.....

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

rapporto di parentela: ❑ coniuge ❑ figlio/figlia ❑ fratello/sorella ❑ nuora ❑ genero ❑ padre/madre

Che il familiare assistito si trova nelle seguenti condizioni:

❑ persona in condizione di disabilità gravissima (art 3 Decreto del Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali n. 280/2016)

❑ persona che non ha avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali (*comprovata da idonea documentazione*)

❑ persona destinataria di programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita

❑ persona inserita in una delle seguenti graduatorie ❑ U.V.G. ❑ U.M.V.D.

**Quadro C)** ai fini della determinazione dell'importo del contributo
❑ la persona assistita è in possesso di attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità che si allega alla presente.

Ai fini dell'applicazione delle priorità di posizione in graduatoria DICHIARA che il sottoscritto caregiver è
❑ non beneficiario di congedi straordinari retribuiti di cui alla legge 104/92, art. 33;

*Servizio: Socio Assistenziale – Distretto di Casale Monferrato*
*Tel 0142/434520*
*e-mail: socioassistenziale.casale@aslal.it*
*pec socioassistenziale@pec.aslal.it*
*www.aslal.it*

COMUNE DI BALZOLA - arrivo - Prot. 1491/PROT del 01/06/2021 - titolo VII - classe 12

ASL AL REGIONE PIEMONTE

*Sede legale: Via Venezia 6*
*15121 Alessandria*
*Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067*

❑ caregiver familiare monoreddito o nucleo monoparentale

**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

**COMUNICA** i seguenti dati ai fini della riscossione del contributo (se spettante)
Accredito su conto corrente intestato a ..........................................................................
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

_______________________________________

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – Nota informativa**
**INFORMATIVA per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016**

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 13 del G.D.P.R. (General Data Protection Regulation)

COMUNE DI BALZOLA - arrivo - Prot. 1491/PROT del 01/06/2021 - titolo VII - classe 12

ASL AL
REGIONE PIEMONTE

*Sede legale: Via Venezia 6*
*15121 Alessandria*
*Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067*

679/2016 l'ASL AL - Servizio Socio Assistenziale in qualità di titolare del trattamento è tenuto a fornirle informazioni in merito all'utilizzo dei dati personali (es: dati identificativi, anagrafici, economici) e dati sensibili (es: stato di salute).
Il trattamento sarà effettuato in base ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della riservatezza e sarà effettuato tramite l'utilizzo di strumenti e di procedure idonee a garantire la sicurezza e la riservatezza utilizzando supporti sia cartacei che strumenti elettronici.
Il trattamento, la diffusione e la comunicazione dei dati personali forniti, o comunque acquisiti, sono finalizzati al procedimento di concessione dell'intervento richiesto, in base alle competenze attribuite dalla normativa sui servizi sociali. Il trattamento dei dati avverrà in modo comunque da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati.
La comunicazione dei dati è facoltativa, ma necessaria e indispensabile per l'istruttoria richiesta. La mancata indicazione dei dati può comportare la non concessione dell'intervento richiesto.
La normativa vigente (artt. 7 – 10 D. Lgs. 196/2003 e artt. 7 – 15 -22 G.D.P.R. 679/2016) garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati forniti, a richiederne l'aggiornamento e l'integrazione o la cancellazione.
Il titolare del trattamento dei dati è l' ASL AL – Servizio Socio Assistenziale nella persona del Direttore del Servizio Socio Assistenziale.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI**

Il sottoscritto, preso atto dell'informativa sopra riportata, acconsente al trattamento dei dati forniti con la presente domanda secondo le modalità indicate nell'informativa stessa.

Firma per consenso al trattamento dati

_____

Allega alla presente:
- fotocopia documento di identità in corso di validità;
- ISEE socio-sanitario 2021
- documentazione sanitaria comprovante la disabilità gravissima ai sensi dell'art 3 Decreto del Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali n. 280/2016.

COMUNE DI BALZOLA - arrivo - Prot. 1491/PROT del 01/06/2021 - titolo VII - classe 12

*Servizio: Socio Assistenziale – Distretto di Casale Monferrato*
*Tel 0142/434520*
*e-mail: socioassistenziale.casale@aslal.it*
*pec socioassistenziale@pec.aslal.it*
*www.aslal.it*