



Comune di Perugia

AREA SERVIZI ALLA PERSONA
U.O. SERVIZI SOCIALI

DOMANDA DI ACCESSO AL CONTRIBUTO PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

AL SINDACO
DEL COMUNE DI

.....

Il sottoscritto/a.....

Codice Fiscale.....

nato/a il a

residente in via Tel.....

in qualità di: *(barrare la voce che interessa)*

persona anziana ultrassessantacinquenne invalida non autosufficiente in possesso di indennità di accompagnamento e datore di lavoro dell'assistente familiare che presta assistenza

oppure

familiare (convivente o no) della persona anziana ultrassessantacinquenne, datore di lavoro dell'assistente familiare che presta assistenza;

tutore/curatore/amministratore di sostegno della persona anziana ultrassessantacinquenne, datore di lavoro dell'assistente familiare che presta assistenza;

del sig./sig.ra *anziano ultrasessantacinquenne*

nome.....cognome.....

Codice Fiscale.....

nato/a il a

residente in via Tel.....

CHIEDE

- di potere accedere al contributo economico una tantum di € 700,00 a rimborso del costo sostenuto per la retribuzione di uno o più assistenti familiari;

A tal fine, ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali e amministrative previste dagli art. 75 e 76 del citato decreto, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

la composizione del nucleo familiare della persona non autosufficiente è la seguente:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Residenza	Parentela

La persona in condizioni di non autosufficienza:

- Ha compiuto anni 65 di età alla data di pubblicazione del presente avviso pubblico;
- è in possesso di certificato di invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento come da certificazione allegata alla presente;
- usufruisce delle prestazioni di uno/ o più assistenti familiari (.....specificare);
- in qualità di datore di lavoro ha sottoscritto un regolare contratto di lavoro con uno/più assistenti familiari (.....specificare), per un orario complessivo settimanale non inferiore a n. 30 ore, attivato da almeno 6 mesi consecutivi alla data di pubblicazione del presente avviso;
- il valore I.S.E.E., socio sanitario ristretto, valido al momento della presentazione della domanda, non è superiore ad € 18.000,00.

Il/ La sottoscritto/a è consapevole che:

- qualora le risorse finanziarie a disposizione non risultino sufficienti a coprire tutte le richieste ritenute ammissibili, il contributo sarà liquidato sino ad esaurimento fondi sulla base di una graduatoria che verrà formulata stabilendo come criteri preferenziali che danno diritto alla priorità i seguenti:

- I.S.E.E. più basso;
- non avere usufruito di altre agevolazioni economiche finalizzate a tale scopo;

DICHIARA, INOLTRE:

- di non avere usufruito di altre agevolazioni economiche finalizzate a tale scopo;
- di avere usufruito di altre agevolazioni economiche finalizzate a tale scopo (indicare quali.....);
- di accettare senza riserva alcuna tutte le condizioni contenute nell'avviso;

AUTORIZZA

- il trattamento dei dati personali raccolti nel presente modulo di domanda ai sensi di quanto disposto dal Decreto Legislativo n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

RICHIEDE

- ai fini dell'eventuale erogazione del contributo, in caso di risposta positiva alla presente, che l'importo attribuito venga liquidato mediante:
 accredito in c/c bancario o postale intestato al soggetto che presenta la domanda cod. IBAN.....

ALLEGA:

- 1) attestazione I.S.E.E. (ristretto) di tipo socio- sanitario valido al momento della presentazione della domanda;
- 2) copia della documentazione attestante la condizione di non autosufficienza (invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento);
- 3) copia del contratto o dei contratti individuali di lavoro per l'assunzione di una o più persone addette all'assistenza della persona non autosufficiente dal quale risulti l'orario di lavoro (se i contratti sono più di uno specificare i periodi di validità di ogni singolo contratto);
- 4) copia delle ricevute dei versamenti contributivi all'I.N.P.S.;
- 5) copia di un documento di identità non scaduto del datore di lavoro che sottoscrive la domanda;
- 6) dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, dalla quale risulti che la prestazione dell'assistente familiare viene svolta esclusivamente a favore dell'anziano, qualora sia titolare del rapporto di lavoro un parente dell'anziano ultrasessantacinquenne.

Li _____

Il richiedente
