

- Comune di _____ -

INTERVENTI A FAVORE DELLE FAMIGLIE CHE ASSISTONO IN CASA PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI CON L'AIUTO DI ASSISTENTI FAMILIARI.

(D.G.R. N. 3630 del 13/12/2002 e N. 235 del 07/02/2003 attuative della D.G.R. n. 2907 del 11/10/2002)

Il/la sottoscritto/a _____
sesso ____, codice fiscale _____, nato/a il __/__/____
provincia di _____, comune o stato estero _____
e residente in provincia di _____, comune di _____, CAP _____
via _____, n. civico ____, n. telefono ____/____

CHIEDE

l'accesso al contributo previsto dalla D.G.R. n. 3630 del 13/12/2002. A tal fine, ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, sotto la propria responsabilità e nella consapevolezza delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace

DICHIARA

che quanto riportato nella seguente domanda corrisponde al vero.

Dati relativi ai componenti non autosufficienti del nucleo familiare

Il soggetto non autosufficiente con codice fiscale _____ è:

- in possesso dell'attestazione rilasciata da UVMD di _____ del __/__/____,
- in possesso del certificato rilasciato dal medico curante dott. _____ del __/__/____,
- beneficiario della LR 28/91 (assegno di cura),
- nella graduatoria dei beneficiari prevista dalla LR 5/01 e successive modificazioni e integrazioni (assistenza in casa persone con demenza di tipo Alzheimer),
- in possesso della certificazione per l'accesso ai servizi e prestazioni previste per persone non autosufficienti emessa dalla UVMD di _____ del __/__/____,
- beneficiario dell'assegno di accompagnamento,
- riconosciuto nella condizione di gravità di cui all'art. 3 comma 3 della L. 104/92.

Il soggetto inoltre non beneficia del contributo previsto dalla LR n. 5/01 e successive modificazioni o integrazioni (assistenza in casa di persone con demenza di tipo Alzheimer).

Il soggetto non autosufficiente con codice fiscale _____ è:

- in possesso dell'attestazione rilasciata da UVMD di _____ del __/__/____,
- in possesso del certificato rilasciato dal medico curante dott. _____ del __/__/____,
- beneficiario della LR 28/91 (assegno di cura),
- nella graduatoria dei beneficiari prevista dalla LR 5/01 e successive modificazioni e integrazioni (assistenza in casa persone con demenza di tipo Alzheimer),
- in possesso della certificazione per l'accesso ai servizi e prestazioni previste per persone non autosufficienti emessa dalla UVMD di _____ del __/__/____,
- beneficiario dell'assegno di accompagnamento,
- riconosciuto nella condizione di gravità di cui all'art. 3 comma 3 della L. 104/92.

Il soggetto inoltre non beneficia del contributo previsto dalla LR n. 5/01 e successive modificazioni o integrazioni (assistenza in casa di persone con demenza di tipo Alzheimer).

Dati relativi agli assistenti familiari

L'assistente familiare _____, codice fiscale _____, iscritto/a all'INPS con matr. _____ il ___/___/___, è stato assunto/a dal richiedente o da un suo familiare con regolare contratto di lavoro di _____ ore settimanali, per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della/e persona/e non autosufficiente/i indicata/e in precedenza.

- Il richiedente ha regolarizzato precedenti rapporti di lavoro con l'assistente familiare ed ha provveduto al pagamento degli oneri economici relativi in data ___/___/___ presso l'ufficio postale di _____ codice sportello _____ con estremi di pagamento _____. in alternativa, dichiara che l'assicurata con la quale è stato trasmesso il kit di regolarizzazione riporta il numero _____
- Il richiedente ha denunciato in Prefettura il subentro nella regolarizzazione dell'assistente familiare il cui kit è stato trasmesso con assicurata numero _____

L'assistente familiare _____, codice fiscale _____, iscritto/a all'INPS con matr. _____ il ___/___/___, è stato assunto/a dal richiedente o da un suo familiare con regolare contratto di lavoro di _____ ore settimanali, per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della/e persona/e non autosufficiente/i indicata/e in precedenza.

- Il richiedente ha regolarizzato precedenti rapporti di lavoro con l'assistente familiare ed ha provveduto al pagamento degli oneri economici relativi in data ___/___/___ presso l'ufficio postale di _____ codice sportello _____ con estremi di pagamento _____. in alternativa, dichiara che l'assicurata con la quale è stato trasmesso il kit di regolarizzazione riporta il numero _____
- Il richiedente ha denunciato in Prefettura il subentro nella regolarizzazione dell'assistente familiare il cui kit è stato trasmesso con assicurata numero _____

Il sottoscritto, a conoscenza delle conseguenze civili e penali che gli derivano dalla omissione, si impegna a comunicare, entro 15 giorni, all'Ente al quale rilascia la presente autocertificazione, qualunque variazione intervenga sia per quanto concerne l'assistenza in casa della/e persona/e non autosufficiente/i (decesso, ricovero in struttura residenziale, ecc.) che relativa all'assistente familiare (licenziamento, variazione orario, ecc.).

Il sottoscritto s'impegna a trasmettere, entro 15 giorni dalla sottoscrizione, copia del contratto stipulato nonché la matricola assegnata dall'INPS all'assistente familiare.

Pagamento

Il sottoscritto/a chiede che l'eventuale contributo sia corrisposto mediante *assegno/accredito su c/c del beneficiario con valuta in Euro*. intermediario _____, C/C _____, ABI _____, CAB _____

Il sottoscritto/a dichiara infine di essere a conoscenza delle norme contenute nelle D.G.R. n. 3630 del 13/12/2002 e n. 235 del 07/02/2003 e di possedere tutti i requisiti di partecipazione in esse indicati.

Data ____/____/____

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

() Annotazione estremi documento di identità _____

Firma apposta dal dichiarante in presenza di _____

() Presentata copia del documento di identità _____

consegnare entro il 30/11/03 x il 2003