

ASSEGNO DI CURA TIPO "B"

(supporto alla famiglia che intende avvalersi a titolo oneroso di familiari o assistenti familiari)

NB: La domanda va compilata esclusivamente online e presentata in modalità elettronica attraverso la procedura informatica presente sul portale regionale <https://assegnodicura.regione.basilicata.it>

Schema di domanda

Al Sig. Sindaco del Comune di _____	pro t. n° _____
_____	del _____

(Riservato all'Ufficio)

Il sottoscritto/a _____ codice fiscale _____
 nato/a _____ (____) il _____
 residente a _____ CAP _____
 indirizzo _____, n° _____, telefono _____

in qualità di titolare/familiare/tutore/altro (spec.)
(la parte sottostante è da compilare soltanto nel caso in cui il richiedente è persona diversa dal titolare)

del Sig./Sig.ra _____ codice fiscale _____
 nato/a _____ (____) il _____
 residente a _____ CAP _____
 indirizzo _____, n° _____, telefono _____

fa domanda di Assegno di Cura tipo "B"

A tal fine, il sottoscritto

dichiara

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000

1. Dati generali

- a. che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;
- b. che la famiglia:
 - intende avvalersi, a titolo oneroso, di familiari o di uno o più assistenti familiari;
 - ovvero
 - sostiene gli oneri per l'assistenza alla persona non autosufficiente sopra indicata da parte di familiari o di uno o più assistenti familiari come al successivo punto 2;
- c. l'impegno a presentare ogni anno certificazione ISEE i cui redditi siano riferiti all'ultima dichiarazione dei redditi presentata;
- d. di essere a conoscenza che la mancata presentazione della certificazione ISEE, comporta l'esclusione dal beneficio;
- e. che la **persona di riferimento** è:

Signor/a _____ codice fiscale _____
 nato/a _____ (____) il _____
 residente a _____ CAP _____
 indirizzo _____, n° _____, telefono _____

2. Dati relativi al familiare o all'assistente familiare

A. Familiare o Assistente familiare assunto/a dalla famiglia

1. Il familiare/L'assistente familiare _____, codice fiscale _____, iscritto/a all'INPS con matr. _____ il ___/___/_____, categoria o qualifica _____, è stato/a assunto/a da un familiare con regolare contratto di lavoro per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona con disabilità gravissima indicata in precedenza:
- per n° _____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal ___/___/_____

B. Familiare o Assistente familiare pagato/a per il tramite di enti terzi

1. Il familiare/L'assistente familiare _____, codice fiscale _____, regolarmente assunto/a dalla Ditta (*ragione sociale*) _____ codice fiscale _____, avente sede legale a _____ (_____) in Via _____, iscritta al Registro Regionale _____ (*cooperative sociali, ecc.*) ovvero nel Registro C.C.I.A.A. nella posizione n° _____, per il quale il familiare del beneficiario sostiene il costo, **come da dichiarazione allegata**, per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona con disabilità gravissima indicata in precedenza:
- per n° _____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal ___/___/_____

3. Modalità di riscossione

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità

chiede che la liquidazione del contributo economico venga effettuata con la seguente modalità:

- Assegno non trasferibile
- Accreditamento bancario, su istituto di credito _____
IBAN _____

Intestato a

Richiedente	Beneficiario	Persona di riferimento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Comunicazione variazioni

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunale comunicando tempestivamente, **entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento** e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona non autosufficiente:

- a) l'ingresso in una struttura residenziale ed il relativo periodo di permanenza;
- b) il decesso;
- c) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;
- d) le variazioni contrattuali relative alle assistenti familiari (licenziamento, variazione orario, sostituzione della persona, ecc.)

In fede

Luogo, _____ Data ___/___/_____

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

Allega:

- certificato di invalidità per la concessione dell'indennità di accompagnamento rilasciato dalla Commissione Medica competente ai sensi della L. 18/1980;
- certificazione I.S.E.E. 2021 del nucleo familiare della persona non autosufficiente, come disciplinato dai D.Lgs. n. 109/98 e n. 130/2000 e dai D.P.C.M. n. 221/99 e n. 242/01, attestante il valore uguale o al di sotto di € 10.635,30 da produrre annualmente;
- stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di pubblicazione dell'Avviso;
- autocertificazione che attesti l'intenzione di avvalersi di familiari o uno o più assistenti familiari (Assegno di tipo B);

- dichiarazione relativa al rapporto contrattuale con familiari o uno o più assistenti familiari;
- documento di identità valido del dichiarante.

Informativa relativa al trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR - Regolamento generale sulla protezione dei dati - e del codice della privacy italiano, come modificato dal d.lgs 101/2018, i dati personali forniti dai richiedenti saranno raccolti e trattati con o senza ausilio di mezzi elettronici, secondo quanto indicato nell'informativa dell'avviso stesso di cui il sottoscritto dichiara la presa visione ed accettazione.

Data _____

Il Dichiarante

(firma leggibile)