



Sede legale:
Via Circonvallazione, 54/b - 10015 Ivrea (TO)
Tel. 0125-646111 Fax 0125-646190
consorzio@inrete.to.it
consorzio@pec.inrete.to.it
C.F./P.IVA 07949370014

DGR 3-3084 del 16/04/21 – ALLEGATO B
RICHIESTA CONTRIBUTO STRAORDINARIO PER PERSONE NON
AUTOSUFFICIENTI IN SITUAZIONE DI FRAGILITA' ECONOMICA
(la cui rete familiare ha subito una riduzione della capacità di sostegno alla persona non autosufficiente nel periodo 1° marzo 2020 – 30 giugno 2021)

Autodichiarazione ai sensi degli art. 46-47 del DPR n. 445/2000

Consapevole della decadenza dai benefici concessi e delle conseguenze penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci (artt. 75 e 76 del DPR sopra citato), sotto la propria responsabilità

Il/La sottoscritto/a..... nato/a ail

Residente a, in via

Codice Fiscale

Telefono e-mail

La domanda è presentata dal:

- ☐ diretto interessato
- ☐ tutore/curatore
- ☐ amministratore di sostegno
- ☐ familiare (rapporto di parentela

del/della sig./sig.ra nato/a ail

Residente a, in via

Codice Fiscale

Telefono e-mail

Andrate Azeglio Baldissero C.se Banchette Borgofranco d'Ivrea Brosso Caravino Carema Cascinette d' Ivrea Colletterto Giacosa Cossano C.se Fiorano C.se Issiglio Ivrea Lessolo Loranze Montalto Dora Nomaglio Palazzo C.se Parella Pavone C.se Piverone Quagliuzzo Rueglio Salerano C.se Samone Settimo Rottaro Settimo Vittone Strambinello Torre C.se Traversella Valchiusa Val di Chy Vidracco Vistrorio Unione Collinare della Serra (Albiano d'Ivrea Bollengo Burolo Chiaverano) Unione Montana "Dora Baltea" (Quassolo Quincinetto Tavagnasco)

DICHIARA CHE

1. il diretto interessato/beneficiario è già stato valutato dalla commissione UVG/UMVD ed è inserito in graduatoria per un progetto:
 - ☐ Domiciliare/Semiresidenziale
 - ☐ Residenziale

2. il diretto interessato/beneficiario:
 - ☐ E' titolare di indennità di accompagnamento
 - ☐ NON è titolare di indennità di accompagnamento

3. rispetto al nucleo familiare convivente, ai figli non conviventi e ai loro coniugi o conviventi nel proprio nucleo familiare, si sono verificate una o più delle seguenti circostanze:
 - ☐ perdita del lavoro del/della sig./sig.ra (grado di parentela con la persona non autosufficiente) avvenuta durante il periodo di riferimento, senza riacquisizione del posto di lavoro al momento della presentazione della domanda;
 - indicare: ultimo datore di lavoro
 - data cessazione rapporto di lavoro
 - ☐ cassa integrazione di almeno 90 giorni nel periodo di riferimento, senza successivo rientro lavorativo, del/della sig./sig.ra (grado di parentela con la persona non autosufficiente);
 - ☐ cessazione della propria attività lavorativa con partita IVA durante il periodo di riferimento del/della sig./sig.ra (grado di parentela con la persona non autosufficiente):
 - indicare: data chiusura attività
 - Ragione Sociale
 - P.IVA.
 - ☐ decesso del congiunto durante il periodo di riferimento sig./sig.ra (grado di parentela con la persona non autosufficiente) con reddito non inferiore ai 15.000,00 lordi annui
 - indicare: data del decesso
 - reddito lordo annuo 2020

4. il diretto interessato/beneficiario:

☐ NON riceve attualmente alcun contributo a sostegno della domiciliarità previsto dai seguenti provvedimenti:

- D.G.R. 51-8960/2019 (progetti di vita indipendente);
- D.G.R. 23-3624/2012 e 39-640/2014 (interventi domiciliari a persone affette da SLA);
- D.G.R. 3-2257/2020 (Fondo per la non autosufficienza);
- Contributo straordinario del FNA di cui alla D.G.R. 3-3084 del 16/4/2021 – Allegato A;

5. il diretto interessato/beneficiario:

☐ non si trova attualmente in una struttura residenziale.

DICHIARA ALTRESI'

1. di avere preso atto e accettare integralmente i criteri e le condizioni di assegnazione del contributo di cui alla DGR 3-3084/2021 – allegato B;

2. di voler utilizzare l'eventuale contributo per:

- ☐ Copertura spese per acquisto servizi professionali
- ☐ Copertura spese di assistenza familiare (caregiver* familiare – art. 1 c. 255 L. 205/2017)
- ☐ Copertura spese per servizi di tregua domiciliare
- ☐ Copertura spese per fornitura pasti, servizi di lavanderia, interventi di pulizia ed igiene
- ☐ Copertura spese per trasporti (visite mediche, effettuazione terapie o altro collegato al PAI personale)

(*) Si definisce caregiver familiare la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio, n. 76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18.

3. di essere consapevole che potranno essere eseguiti dei controlli, anche con metodo a campione, 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 (cognome e nome della persona non autosufficiente)

Codice Fiscale

IBAN :

....., li

Il dichiarante

Si allega

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