

per il tramite del Comune di _____

OGGETTO: Richiesta dell'Assegno di cura ed assistenza 2014

____ I _____ sottoscritt _____ residente in _____

Via/P.zza _____ N. _____ tel. _____

PER SE MEDESIMO

PER _____ L. _____ SIGNOR _____ con il quale il richiedente è legato dal seguente vincolo di parentela _____ (figlio/a, padre, madre, tutore, fratello, sorella, altro) residente in _____ Via/P.zza _____

Minore di anni 18; di età compresa tra 18 e 65 anni; Maggiore di anni 65.

Che percepisce ovvero non percepisce l'indennità di accompagnamento.

- Visto l'Avviso pubblico relativo all'ASSEGNO DI CURA ED ASSISTENZA 2014 per il concorso e il parziale rimborso delle spese relative all'assistenza individuale a domicilio delle persone in condizione di non autosufficienza e con grave disabilità
- Ritenuto che il potenziale beneficiario dell'Assegno di cura per il quale si fa richiesta sia nelle condizioni previste dall'Avviso pubblico di cui al punto precedente;

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO ALLA GRADUATORIA PER L'ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA ED ASSISTENZA.

Il sottoscritto a tal fine dichiara di essere consapevole che in conseguenza della presente richiesta verrà contattato dall'Unità valutativa, composta da professionisti qualificati, ai fini della valutazione del bisogno socioassistenziale che può comportare anche la necessità di visite domiciliari e/o colloqui sociali.

Il sottoscritto è inoltre consapevole che in caso di utile collocazione in graduatoria, sono ammissibili le sole spese sostenute per compensi ad assistenti personali e/o familiari con regolare contratto di lavoro compresi gli oneri previdenziali e assicurativi, per prestazioni rese al domicilio nel periodo dal 1 gennaio al 31 dicembre 2014.

Il sottoscritto è consapevole infine che tali spese dovranno essere documentate attraverso la presentazione di copia dei contratti di lavoro, delle ricevute dei versamenti contributivi, delle buste paga o altra documentazione dei pagamenti effettuati e che le stesse spese non dovranno essere state già oggetto di alcun altro tipo di rimborso o contributo pena l'esclusione o la revoca dell'assegno di cura ed assistenza.

Autorizzazione trattamento dei dati personali:

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003, il sottoscritto autorizza l'uso e il trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza, con le modalità e per le finalità strettamente connesse e strumentali all'istruttoria della richiesta e alla conseguente eventuale concessione dei benefici richiesti.

ALLEGATI OBBLIGATORI:

- ◆ **Attestazione ISEE** ai sensi del D. Lgs. 31/3/1998, n. 109 e successive modificazioni, per la determinazione della Situazione Economica del nucleo familiare del richiedente o beneficiario qualora non coincidente;
- ◆ **Certificazione di invalidità e/o certificazione di grave disabilità** ai sensi della L. 104/92 art. 3 c. 3 **oppure**, in assenza delle predette certificazioni, **certificato** del medico curante che attesti la condizione di non autosufficienza.
- ◆ **Copia del documento di identità** del richiedente e del potenziale beneficiario qualora non fosse la stessa persona.

Data _____

(firma leggibile)
