

MODULO A

ISTANZA DI ACCESSO

INTERVENTI IN FAVORE DELL'ASSISTENZA FAMILIARE PRIVATA

(Deliberazione della Giunta Regionale 4 dicembre 2008, n. 890)

Il/La sottoscritto/a (*cognome*) _____ (*nome*) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel./cell. _____

domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel./cell. _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

in nome proprio / per conto di (*cognome*) _____ (*nome*) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel./cell. _____

domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel./cell. _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

la concessione del contributo economico per l'assunzione di un assistente familiare per l'assistenza di persone con certificati bisogni di assistenza, ai sensi della D.G.R. Lazio n. 890/2008. A tal fine, consapevole delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del T.U. della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e delle sanzioni previste all'art. 76 e della decadenza dei benefici previsti all'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA QUANTO SEGUE

- di aver preso visione dell'avviso per l'accesso ai contributi in questione e di accettarne le condizioni;
- di essere residente nel Comune di Frosinone;
- di avere un indicatore della situazione economica equivalente del nucleo familiare (ISEE), determinato ai sensi del D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 109 e successive modificazioni, riferito all'anno 2008 non superiore ad Euro 20.000,00;
- di essere membro di un nucleo familiare (individuato ai sensi del D.P.R. 30 maggio 1989, n. 223 "Approvazione del nuovo regolamento anagrafico della popolazione residente"), con uno o più componenti con certificati bisogni di assistenza, come di seguito riportato:

Grado di parentela	Cognome	Nome	Codice Fiscale	Data di nascita	Accertamento stati di invalidità civile delle condizioni visive e del sordomutismo (punti da 03 a 12)	Certificazione di handicap (art. 3 Legge n. 104/1992)
					[NO] [SI]	[NO] [SI]
					[NO] [SI]	[NO] [SI]
					[NO] [SI]	[NO] [SI]
					[NO] [SI]	[NO] [SI]
					[NO] [SI]	[NO] [SI]
					[NO] [SI]	[NO] [SI]
					[NO] [SI]	[NO] [SI]

- e) di fruire / non fruire di altre prestazioni socio-assistenziali erogate dal Comune di Frosinone e/o dal Distretto Sociale B di Frosinone:
- assistenza domiciliare comunale per n. ____ ore settimanali
 - assistenza domiciliare distrettuale (non-autosufficienza) per n. ____ ore settimanali
 - interventi di cui alla Legge n. 162/98 in forma diretta / forma indiretta (*cancellare voce non pertinente*)
 - altro (es. frequenza centri diurni o strutture semiresidenziali) _____;
- f) che il contributo economico eventualmente assegnato per la durata di mesi 6 verrà utilizzato per procedere a regolare assunzione di un assistente familiare/badante, ai sensi del CCNL sulla disciplina del rapporto di lavoro domestico del 13 febbraio 2007;
- g) che l'assunzione dovrà essere relativa ad un periodo di tempo non inferiore a 12 mesi e per un monte ore pari o superiore a 20 settimanali.

Il sottoscritto, qualora collocato in posizione utile nella graduatoria per l'accesso al contributo economico per l'assunzione degli assistenti familiari,

SI IMPEGNA

pena la revoca del beneficio, a fornire copia del contratto di lavoro stipulato e copia dei versamenti trimestrali INPS relativi ai contributi dell'assistente familiare, per tutta la durata del contratto.

ALLEGA ALLA RICHIESTA

- a. Attestazione della situazione economica (ISEE) del nucleo familiare
 - b. Copia del documento d'identità del dichiarante
- Per ogni componente il nucleo familiare interessato:
- c. Accertamento degli stati di invalidità civile delle condizioni visive e del sordomutismo (punti da 03 a 12)
 - d. Accertamento sanitario collegiale di cui all'art.3 della Legge n. 104/1992)
 - e. Altro (*specificare*) _____

