



Unione europea
Fondo sociale europeo



Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Pari Opportunità
Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di
assistenza del caregiver familiare



Consorzio dei servizi sociali
e socio-sanitari
dell'Ambito Territoriale C08

MODELLO DI DOMANDA

CUP D94H23000300007

**AL CONSORZIO DEI SERVIZI SOCIALI E SOCIO SANITARI
DELL'AMBITO TERRITORIALE C08**

OGGETTO: POR FSE Campania 2014-2020 - Obiettivo Specifico 9 - Azione 9.3.6 Scheda Intervento 3.2 – D.D. REGIONE CAMPANIA N. 114 DEL 23.03.2023. AVVISO ALLA CITTADINANZA PER LE MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE ALLA MISURA VOUCHER CAREGIVER FAMILIARE.

Il/la sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____

Nato/a il _____ a _____ Prov(____)Stato _____

Codice Fiscale _____ Residente nel Comune di _____

in Via/Piazza _____ n° _____ Cap _____ tel/cell _____

Titolo di studio _____

Stato occupazionale: Occupato/Disoccupato/Inattivo

In qualità di caregiver familiare di:

Nome _____ Cognome _____ nato/a il _____ a _____

Prov (____) _____ residente in _____ Comune afferente all'Ambito n. _____

Via / P.zza _____ n.° _____ CAP _____ domiciliato presso _____

CAP _____ tel. _____ cell. _____ Codice Fiscale _____

DICHIARA

Di essere (*barrare con una X le dichiarazioni di interesse*):

AOO CONSORZIO DEI SERVIZI SOCIALI E SOCIO SANITARI AMBITO TERRITORIALE C08
Protocollo Partenza N. 2672/2023 del 14-04-2023
Allegato 1 - Copia Documento



Consorzio dei servizi sociali
e socio-sanitari
dell'Ambito Territoriale C08

- cittadino italiano;
- cittadino comunitario o cittadino di Stato non appartenente alla UE, in possesso di titolo di regolare permesso di soggiorno n. _____
- rilasciato da _____ con scadenza il _____ o, in caso di rinnovo, in possesso di ricevuta di presentazione della relativa domanda rilasciata in data _____;
- che la persona assistita dal caregiver familiare (il suo amministratore di sostegno, tutore o curatore) esprime il proprio parere favorevole rispetto alle attività svolte dal proprio caregiver;

DICHIARA INOLTRE

(barrare con una X le dichiarazioni di interesse)

- che il familiare è persona riconosciuta invalida al 100% dalla Commissione Medico Legale (Verbale accertamento n. _____);
- che il familiare è titolare di indennità di accompagnamento di cui alla legge 11/02/1980 ss.mm.ii;
- che il familiare è riconosciuto/a disabile ai sensi della L. 104/1992 art. 3 comma 3 dalla Commissione Medico Legale (Verbale accertamento n. _____);
- che l'assistito non è in carico all'Assistenza Domiciliare Integrata;
- che la propria situazione reddituale, risultante da certificazione ISEE in corso di validità è di € _____;
- di essere /figlio-a/convivente di fatto/parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso/sorella-fratello/affine entro il II grado di parentela/affine entro il III grado di parentela della persona con disabilità;
- di avere/non avere la residenza in altro comune rispetto a quello nel quale risiede il proprio familiare;
- di non usufruire di nessuno dei seguenti programmi di assistenza:
 - Programma Home Care;
 - Programma per la Vita Indipendente;
 - Programma "Dopo di Noi";
 - Programma di assegno di cura;
- di non aver usufruito del bonus € 250,00 previsto dalla DGR 124/2021 - intervento 3.1, concesso ai caregiver familiari;
- di essere a conoscenza che, qualora la documentazione presentata sia priva dei requisiti richiesti, l'Ambito Territoriale è titolato a dichiarare inammissibile la domanda.

N.B.: Il nucleo familiare è quello definito all'art. 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 5 dicembre 2013 n. 159 (Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente - ISEE).

CHIEDE

- di essere ammesso a ricevere il contributo, previsto dalla DGR 124/2021 intervento 3.2 voucher € 750,00 concesso ai caregiver familiari, finalizzato al sostegno del ruolo di cura e di assistenza (DPCM del 27 ottobre 2020, in attuazione del comma 255 dell'art.1 della Legge n.205/2017);



- la corresponsione del voucher di € 750,00
 - sul seguente codice IBAN (se titolari di conto corrente) _____
 - sul conto corrente intestato a: Nome e Cognome _____
Codice Fiscale _____ IBAN _____

SI IMPEGNA

- **a rendicontare le spese sostenute nel periodo dal 23.03.2023 e fino al 31.08.2023** fornendo la relativa idonea documentazione giustificativa, dalla quale si evince chiaramente chi ha effettuato il pagamento, la causale e il beneficiario;
- **ad iscriversi al Registro regionale dei caregivers familiari** di cui alla DGR n. 124/2021 non appena attivo.

INFINE DICHIARA

- di essere consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, punite dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.
- di aver ricevuto l'informativa, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, le informazioni, i dati e le notizie e le dichiarazioni acquisite, di natura personale e sensibili, saranno trattati esclusivamente per l'espletamento e la erogazione del beneficio dal Consorzio dei Servizi sociali e socio-sanitari dell'Ambito C08 in qualità di titolare e responsabile.
- I dati sopra richiesti verranno trattati dal Consorzio dei Servizi sociali e socio-sanitari dell'Ambito C08 in qualità di titolare del trattamento. Il richiedente di cui al citato avviso ha il diritto di conoscere i propri dati utilizzati dal Titolare. Nel caso in cui i dati non fossero del tutto corretti, l'interessato ha il diritto di aggiornamento, di rettifica, di integrazione dei propri dati; l'interessato ha inoltre diritto di opporsi al trattamento nonché, in caso di violazione di legge, alla cancellazione, alla anonimizzazione e al blocco dei dati trattati.

Data _____

Firma _____

ALLEGATI:

1. certificazione ex L. 104/92 e/o invalidità civile dell'assistito;
3. attestazione I.S.E.E. in corso di validità del Caregiver;
4. fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità del Caregiver e dell'assistito;
5. dichiarazione dell'assistito;
6. ogni altra documentazione ritenuta utile (*SPECIFICARE*) _____.



Consorzio dei servizi sociali
e socio-sanitari
dell'Ambito Territoriale C08

**INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI (Regolamento UE n. 2016/679)
Da sottoscrivere per presa visione e consenso**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 ed in relazione ai Suoi dati che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

▪ **Titolare e responsabile del trattamento**

Il Titolare del trattamento è il Consorzio dei servizi sociali e socio-sanitari dell'Ambito Territoriale C08, nella persona del legale rappresentante p.t., dott. Davide Fumante), domiciliato per la carica in Via Albana - 81055 Santa Maria Capua Vetere (CE).

▪ **Responsabile della protezione dei dati (DPO)**

Il responsabile della protezione dei dati (DPO) è il legale rapp.te p.t. .

▪ **Finalità e liceità del trattamento**

Ai sensi dell'art. 6 (comma 1 lett. e) del GDPR 2016/679, il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento e pertanto il conferimento dei dati ha natura obbligatoria per l'espletamento del servizio.

▪ **Modalità di trattamento e conservazione**

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 29 GDPR 2016/ 679. Le segnaliamo che ai sensi dell'art. 5 (comma 1 lett. e) del GDPR 2016/679, i dati conferiti saranno conservati in modo permanente.

▪ **Ambito di comunicazione e diffusione**

Informiamo inoltre che i dati raccolti saranno trattati dai dipendenti del Consorzio e comunicati, se necessario a: enti pubblici, consulenti o ad altri soggetti terzi per l'adempimento degli obblighi di legge.

▪ **Trasferimento dei dati personali**

I dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

▪ **Esistenza di un processo decisionale automatizzato**

Il Consorzio non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del GDPR 2016/679.

▪ **Diritti dell'interessato**

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del GDPR 2016/679, il diritto di:

- chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati;
- ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli dal titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali;
- ottenere la rettifica dei dati;
- proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'indirizzo segreteria@ambitoterritorialec8.it.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI
(Regolamento UE n. 2016/679, Articolo 9)**

Il/La sottoscritto/a _____

DICHIARA

di aver preso visione dell'Informativa sull'uso dei dati personali (Regolamento UE n. 2016/679) ed espressamente acconsente al trattamento ed alla comunicazione a terzi dei dati personali, anche sensibili nel rispetto delle prescrizioni di legge per le finalità inerenti all'espletamento del procedimento di cui al presente Avviso pubblico.

Data, _____

Firma del dichiarante