

**ASSEGNO DI CURA TIPO "B"**

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

**Schema di domanda**

Al Sig. Sindaco del Comune _____	di prot. n° _____ del _____
0	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 informati 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

### 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)