

A tal scopo, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole della decadenza dei benefici connessi e delle sanzioni penali previste, ai sensi degli articoli 75 e 76 dello stesso DPR, in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

1. di avere preso atto e accettare integralmente i criteri e le condizioni di erogazione del contributo di cui alla DGR 3-3084/2021, applicata per il C.I.S.S. Ossola con Delibera di Consiglio di Amministrazione n. 27 del 11/06/2021;

2. di essere già stato valutato dalla competente commissione ☐ U.V.G. ☐ U.M.V.D in data con punteggio ed essere stata definita persona “non autosufficiente”;

3. di essere in lista per prestazioni domiciliari di cui alla DGR 3-2257/2020 o per un inserimento in struttura residenziale;

4. che il proprio nucleo familiare ha subito una riduzione della capacità di sostegno alla persona non autosufficiente nel periodo 1° marzo 2020 - 30 giugno 2021 a causa di una o più delle seguenti condizioni:

☐ a) perdita del lavoro avvenuta nel periodo 1° marzo 2020 - 30 giugno 2021, senza riacquisizione del posto di lavoro al momento della presentazione della domanda;

Indicare: ultimo datore di lavoro _____

Data cessazione del rapporto di lavoro _____

☐ b) cassa integrazione di almeno 90 giorni nel periodo di riferimento (1° marzo 2020 – 30 giugno 2021), senza successivo rientro lavorativo;

☐ c) cessazione della propria attività lavorativa con partita IVA durante il periodo di riferimento (1° marzo 2020 - 30 giugno 2021);

Indicare: data chiusura attività _____

Ragione Sociale _____

P. IVA _____

Indicare l'attuale condizione lavorativa: _____

☐ d) decesso del congiunto con reddito non inferiore ai 15.000,00 lordi annui;

Indicare: data del decesso _____

Reddito lordo annuo 2020 _____

5. che le persone del nucleo familiare a cui si riferisce il precedente punto 3. sono:

Cognome e Nome

nato/a a il e residente

a indirizzoCAP.....

tel./cell. / email.....

rapporto di parentela: ☐ coniuge ☐ figlio/figlia ☐ fratello/sorella ☐ nuora ☐ genero ☐ nipote ☐

padre/madre ☐

CON RIFERIMENTO ALLA CONDIZIONE A ☐ B ☐ C ☐ D ☐

Cognome e Nome

nato/a a il e residente

a indirizzoCAP.....

tel./cell. / email.....

rapporto di parentela: ☐ coniuge ☐ figlio/figlia ☐ fratello/sorella ☐ nuora ☐ genero ☐ nipote ☐

padre/madre ☐

CON RIFERIMENTO ALLA CONDIZIONE A ☐ B ☐ C ☐ D ☐

Cognome e Nome

nato/a a il e residente

a indirizzoCAP.....

tel./cell. / email.....

rapporto di parentela: ☐ coniuge ☐ figlio/figlia ☐ fratello/sorella ☐ nuora ☐ genero ☐ nipote ☐

padre/madre ☐

CON RIFERIMENTO ALLA CONDIZIONE A ☐ B ☐ C ☐ D ☐

6. di essere consapevole che la concessione del contributo straordinario è incompatibile con la fruizione di contributi finalizzati a: progetti di vita indipendente (DGR 51-8960/2019), interventi domiciliari a persone affette da SLA (DGR 23-3624/2012 e 39-64/2014), Fondo Non Autosufficienze (DGR 3-2257/2020), sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare (DGR 3-3084/2021);

7. di essere consapevole che il contributo è condizionato all'effettiva permanenza a domicilio della persona non autosufficiente.

8. ai fini della determinazione dell'importo del contributo di essere in possesso di attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità che si allega alla presente

DICHIARA inoltre di essere consapevole che potranno essere eseguiti dei controlli 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.

SI IMPEGNA a comunicare tempestivamente ogni variazione delle condizioni che hanno consentito l'accesso al contributo, consapevole che in caso di percepimento indebito, l'Ente erogante procederà con la richiesta della restituzione delle somme non dovute.

COMUNICA i seguenti dati ai fini dell'erogazione del contributo (se spettante)

Accredito su conto corrente intestato a (specificare se il beneficiario è il caregiver)

.....

[illegible]

Banca

IBAN*: *(si consiglia di allegare anche copia di un documento della banca in cui sia riportato il codice IBAN, al fine di poter gestire eventuali errori o illeggibilità del codice sotto indicato)*

[illegible]

Luogo e data

IL DICHIARANTE

ALLEGATI

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

INFORMATIVA SULLA TUTELA DEI DATI PERSONALI REG. UE N° 2016/679

Il C.I.S.S. Ossola, in qualità di titolare del trattamento, tratterà i dati personali conferiti con modalità prevalentemente informatiche e telematiche, per l'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri, ivi incluse le finalità di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici. I dati saranno trattati per il solo tempo necessario alla conclusione del procedimento-processo o allo svolgimento del servizio/attività richiesta e, successivamente alla conclusione del procedimento-processo o cessazione del servizio-attività, i dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale e dai collaboratori del titolare e potranno essere comunicati ai soggetti espressamente designati come responsabili del trattamento. Al di fuori di queste ipotesi i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi, se non nei casi specificatamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e seguenti del GDPR).

Gli interessati, ricorrendone i presupposti, hanno, altresì, il diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo (Garante Privacy) secondo le procedure previste.

Il Titolare del trattamento è il C.I.S.S. Ossola, con sede legale in Domodossola, nella figura del Legale Rappresentante Giorgio Vanni, e-mail: segreteria@ciss-ossola.it

Il Responsabile del trattamento e protezione dati è la dott.ssa Zaninetti Michela, e-mail: michela@erregiservice.com

