



AZIENDA ULSS N. _____ DISTRETTO S.S. N. _____

**Contributo per servizi connessi /
complementari alla cura a domicilio o in struttura**
FSE+ 2021-2027 - DGR 752/2024

TIMBRO PERVENUTO

ID DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA:

Check list della documentazione allegata alla domanda e della compilazione dei dati necessari:

- Fotocopia del documento di identità dell'istante dei servizi di cura
- Fotocopia del documento di identità del delegante e del delegato
- Scheda SVaMa
- Attestazione ISEE socio sanitario
- Nomina del Tutore Legale o dell'Amministratore di Sostegno da parte del Giudice Tutelare
- Schema di delega
- Compilazione dei punti 6 o 7 della pag. 4 del presente modulo

Al Direttore del Distretto socio-sanitario n. |__| |__|
dell'Azienda ULSS n. |__| |__|

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

nato/a a _____ (____) il _____

Codice Fiscale |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__|

residente nel Comune di _____ (____)

in via _____ n. _____ località _____

Recapito telefonico (obbligatorio) | _____

Recapito telefonico (facoltativo) | _____

e-mail (obbligatoria) _____

PEC (facoltativa) _____

in qualità di:

- persona direttamente interessata;
- tutore;
- soggetto facente parte del medesimo nucleo familiare convivente ai fini anagrafici;
- coniuge/altra parte dell'unione civile, anche non convivente ai fini anagrafici;
- parente entro il primo grado (genitore/figlio), anche non convivente ai fini anagrafici;
- curatore (art. 424 cod. civ.) o amministratore di sostegno del destinatario (L. n. 6/2004);
- altro soggetto dotato di procura speciale ad agire in nome e per conto del destinatario.

**presenta domanda di contributo
per servizi connessi / complementari alla cura**

a domicilio

in struttura

a proprio favore

ovvero, in alternativa,

a favore di

(da compilare a cura del legale rappresentante, familiare altra persona così come indicato dall'avviso)

(cognome e nome) _____

nato/a a _____ (____) il _____

Codice Fiscale |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__|

residente nel Comune di _____ (____)

in via _____ n. _____ località _____

Telefono _____ Cellulare _____

e-mail _____

compilare SOLO se diverso dalla residenza:

domiciliato nel Comune di _____ (____)

in via _____ n. _____ località _____

**Dati relativi all'istante del contributo per le attività
ex art. 4 Reg. UE 2021/1060 e art. 17 Reg. UE 2021/1057:**

- | | | |
|---|-----------------------------|--|
| - origine extra UE ^{1 2} | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - appartenente a minoranza ³ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - senzatetto o colpito da esclusione abitativa ⁴ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - occupato | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO, da più di 12 mesi |
| - persona inattiva | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Medico di Medicina Generale dr _____

A tal fine, il sottoscritto comunica:

- 1) l'impegno della famiglia a garantire le risorse umane necessarie ad assicurare adeguata assistenza

¹ **cittadini dell'UE** provenienti da un contesto migratorio per discendenza da genitori giunti da un paese terzo.

² **cittadini degli Stati membri dell'UE** che erano cittadini di un paese terzo e che sono diventati cittadini dell'UE attraverso il processo di naturalizzazione in uno degli Stati membri dell'UE.

³ popolazioni (quali ad esempio Rom, Sinti ecc.) fatte oggetto di specifiche forme di discriminazione e razzismo oppure gruppi di persone con caratteristiche personali che le rendono soggette a discriminazioni.

⁴ persone senza tetto: persone che vivono dove capita e in alloggi di emergenza

persone prive di una casa: persone che vivono in alloggi per i senzatetto, nei rifugi per donne, in alloggi per gli immigrati, persone che sono state dimesse dagli istituti e persone che beneficiano di un sostegno di lungo periodo perché senzatetto Laboratorio Obiettivi di Policy 2021-2027 LAB OP4

Definizioni nazionali indicatori comuni FSE+

- persone che vivono in condizioni di insicurezza abitativa: persone che vivono in situazioni di locazioni a rischio, sotto la minaccia di sfratto o di violenza
- persone che vivono in condizioni abitative inadeguate; persone che vivono in alloggi non idonei, abitazioni non convenzionali, ad esempio in roulotte senza un adeguato accesso ai servizi pubblici come l'acqua, l'elettricità, il gas o in situazioni di estremo sovraffollamento
- persone inserite in progetti di Housing First /Housing Led per le quali è ancora attiva la presa in carico da parte dei servizi sociali territoriali.

- a favore della persona interessata presso il suo domicilio qualora non inserito in struttura;
- 2) la disponibilità propria e dei familiari a collaborare con le persone incaricate a raccogliere informazioni sulla condizione della persona non autosufficiente, fornendo con correttezza le informazioni richieste;
 - 3) che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;
 - 4) che la famiglia (o la persona interessata) sostiene gli oneri per l'assistenza alla persona non autosufficiente sopra indicata da parte di assistente familiare (o personale), come previsto dalla vigente normativa nazionale;
 - 5) di voler ricevere la comunicazione relativa all'eventuale inammissibilità della presente domanda all'indirizzo e-mail indicato alla pag. 1 del presente modulo di domanda;

**A tal fine, il sottoscritto inoltre
Dichiara**

*sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da
dichiarazioni false o incomplete ai sensi del DPR 445/2000:*

- 1) che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione di questa domanda e le informazioni in essa contenute;
- 2) che la famiglia (o la persona interessata) sostiene gli oneri per l'assistenza alla persona non autosufficiente sopra indicata da parte di assistente familiare (o personale);
- 3) di essere a conoscenza che la mancata presentazione dell'Attestazione ai fini ISEE, comporta l'esclusione dal beneficio;
- 4) di essere a conoscenza che la mancata accettazione al trattamento dei dati personali per le finalità connesse alla precedente domanda come da Informativa sul trattamento dei dati personali allegata comporta l'esclusione dal beneficio;
- 5) di essere a conoscenza che la parziale compilazione dei campi richiesti dalla presente domanda di contributo (ad esclusione di quelli relativi all'istante del contributo per le attività ex art. 4 Reg. UE 2021/1060 e art. 17 Reg. UE 2021/1057) comporta che la stessa sia incompleta e non processabile;
- 6) che la persona interessata non autosufficiente è inserita nella graduatoria del Registro Unico della residenzialità della Azienda ULSS _____ e non ancora accolta in struttura; **Si** **No**
- 7) che la persona interessata non autosufficiente
 è inserita presso il centro di servizi _____
 è assistita a domicilio.
- 8) di essere a conoscenza che l'esito dell'ammissibilità e finanziabilità delle domande verrà reso noto e comunicato, tramite la pubblicazione all'albo pretorio di Azienda Zero dell'elenco dei relativi ID riferiti alle domande di contributo. Tale pubblicazione avrà valore di notifica a tutti gli effetti.

Comunicazione all'accredito:



PROGETTO:

*“Sostegno nella gestione dei carichi assistenziali della persona anziana, di norma ultrasessantacinquenne, non autosufficiente in stato di comprovata vulnerabilità”
Periodo 2024-2025 - D.G.R. V. n. 752/2024*

MODULO di DELEGA

All’Azienda Ulss n. _____ Distretto S.S.n. _____

Il sottoscritto (cognome) _____ (nome) _____

codice fiscale _____ residente in (comune) _____

(provincia) _____ cap _____ via/piazza _____ numero civico _____

DELEGA

il Sig./Sig.ra (cognome) _____ (nome) _____

codice fiscale _____ residente in (comune) _____

(provincia) _____ cap _____ via/piazza _____ numero civico _____

alla presentazione della domanda di **“Contributo per servizi connessi / complementari alla cura a domicilio o in struttura (FSE+ 2021-2027 – DGR 752/2024)”**.

Firma del delegante

Luogo _____ Data ____/____/____

Si allegano i seguenti documenti:

- copia del documento di identità* del delegante
- copia del documento di identità* del delegato

*in corso di validità al momento della presentazione della domanda.

NOTA: al momento della domanda il delegato deve portare con sé il documento d’identità in originale