

CONTRIBUTO PER FAMILIARE CAREGIVER ANNO 2020

Modulo di DOMANDA a cura della persona assistita

II/la sottoscritto/a		
nato/a a		il
Codice Fiscale _ _ _ _		_
residente a Firenze, all'indirizzo		CAP
tel./cell/ er	mail	

CHIEDE

di essere ammesso al contributo per familiare caregiver previsto dal Comune di Firenze per l'anno 2020, come da apposito disciplinare approvato con delibera della Giunta Comunale n. 283/2020 e conseguente Avviso approvato con Determinazione Dirigenziale n. 6364/2020.

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 quanto riportato nei seguenti Quadri A, B e C:

Quadro A)

- 1. di avvalersi, ai fini della propria permanenza a domicilio, dell'assistenza fornita dal familiare indicato al successivo Quadro B) (caregiver familiare)
- 2. in caso di ammissione all'erogazione del contributo, di rinunciare al contributo di sostegno alle cure familiari di cui al Regolamento delle prestazioni sociali e sociosanitarie per la domiciliarità in favore della popolazione anziana in condizione di fragilità o di non autosufficienza (approvato con Delibera Assemblea dei Soci della Società della Salute di Firenze n. 3/2016) e previsto dal Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP) definito in suo favore dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM)
- 3. di avere preso atto e accettare integralmente i criteri e le condizioni di erogazione del contributo sanciti dal disciplinare approvato con delibera della Giunta Comunale n. 283/2020 e dalla conseguente Determinazione Dirigenziale del Comune di Firenze n. 6364/2020
- 4. di non disporre di un assistente personale/familiare (badante) addetto all'assistenza alla persona anziana non autosufficiente di riferimento per l'accesso alla prestazione stessa
- 5. di essere consapevole che la concessione del contributo comunale è incompatibile con la fruizione, nell'anno solare 2020, per un periodo superiore a 90 giorni, delle seguenti ulteriori prestazioni eventualmente previste dal PAP predisposto dall'UVM: ricovero in RSA, centro diurno, contributo per assistenti familiari
- 6. di essere consapevole che il contributo è condizionato all'effettiva permanenza a domicilio della persona anziana beneficiaria per almeno 270 giorni nell'arco dell'anno solare 2020.

Quadro B) che il familiare della cui assistenza si avvale (familiare caregiver) è:		
Cognome e Nome		
nato/a a e residente		
aCAP		
tel./cell email		
rapporto di parentela: □ coniuge − □ figlio/figlia − □ fratello/sorella − □ nipote		
□ nuora – □ genero		
Quadro C), ai fini della determinazione dell'importo del contributo* (indicare una delle due seguenti alternative)		
di essere in possesso di attestazione ISEE in corso di validità (Si farà riferimento all'ISEE per prestazioni sociosanitarie e all'ultima dichiarazione ISEE in corso di validità rilasciata in data antecedente a quella della presente domanda. Qualora risultino segnalate omissioni o difformità nell'attestazione ISEE di cui sopra, la domanda sarà accoglibile solo se corredata di documentazione atta a dimostrare la completezza e veridicità dei dati indicati nella dichiarazione ISEE. Ad esempio, nel caso in cui venga segnalata l'omissione di un conto corrente, può essere presentata un'attestazione della banca circa l'inesistenza di quel conto nell'anno 2018)		
(usare il punto successivo solo in caso di indisponibilità dell'attestazione ISEE e di imminente scadenza dei termini per la presentazione della presente domanda)		
di aver rilasciato in data all'INPS, a un CAF o ad altro intermediario autorizzato la dichiarazione sostitutiva unica (DSU) per la determinazione dell'ISEE e di essere in attesa della relativa attestazione. Allega a tal proposito copia della ricevuta di presentazione della DSU.		
DICHIARA inoltre di essere consapevole che potranno essere eseguiti dei controlli diretta di 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 ALLEGA dichiarazione rilasciata dal familiare caregiver indicato al Quadro B		
COMUNICA i seguenti dati ai fini della riscossione del contributo (se spettante)		
Accredito su conto corrente intestato a		
Codice Fiscale		
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 de codice sotto indicato)		

<u>INFORMATIVA PRIVACY</u> – Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR - General Data Protection Regulation) n.2016/679 e dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003

Il Comune di Firenze, in qualità di titolare (con sede in Palazzo Vecchio – Piazza della Signoria, IT-50122 - P.IVA 01307110484; PEC: protocollo@pec.comune.fi.it; Centralino: +39 055055), tratterà i dati personali conferiti con modalità prevalentemente informatiche e telematiche, per le finalità previste dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR), in particolare 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.

Il conferimento dei dati presenti nei campi contrassegnati da asterisco è obbligatorio e il loro mancato inserimento non consente di completare la procedura di concessione della prestazione da parte del Comune. Per contro, il rilascio dei dati presenti nei campi non contrassegnati da asterisco, pur potendo risultare utile per agevolare i rapporti con il Comune, è facoltativo e la loro mancata indicazione non pregiudica il completamento della procedura di concessione della prestazione.

I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario all'erogazione della prestazione e, successivamente alla conclusione del procedimento o del servizio erogato, i dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale e da collaboratori del Comune e di altri enti pubblici eventualmente coinvolti nella presa in carico sociosanitaria. Al di fuori di queste ipotesi i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi, se non nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea

Il Sub-Titolare del trattamento è il Direttore della Direzione Servizi Sociali, con sede in Viale De Amicis 21, 50127 Firenze (PEC: direzione.servizisociali@pec.comune.fi.it).

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 ss. del GDPR). L'apposita istanza è presentata contattando il Responsabile della protezione dei dati presso il Comune (Comune di Firenze - Responsabile della Protezione dei dati personali, Palazzo Medici Riccardi Via Cavour n.1, 50129 Firenze - email: rpdprivacy@comune.fi.it).

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

Per l'accesso alla prestazione è necessario il consenso al trattamento, secondo le modalità sopra indicate, dei dati forniti con la presente domanda. Il dichiarante ha la possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento, ai sensi dell'art. 13 comma 2 lett. c) del GDPR.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI

Il sottoscritto, preso atto dell'informativa sopra riportata, acconsente al trattamento dei dati forniti con la presente domanda secondo le modalità indicate nell'informativa stessa.

FIRMA per consenso al trattamento dati

IMPORTANTE

IN CASO DI MANCATA SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI LA DOMANDA NON POTRA' ESSERE PRESA IN CARICO

<u>OLTRE AL CONSENSO</u>, OCCORRE <u>SOTTOSCRIVERE L'INTERA DOMANDA</u> NELLA PAGINA SEGUENTE

SOTTOSCRIZIONE DELLA DOMANDA E DELLE DICHIARAZIONI* Il sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'articolo 76 del DPR n. 445/2000,

per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e delle conseguenze previste dall'articolo 75 del medesimo decreto, relative alla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti sulla base della dichiarazione mendace, dichiara di aver compilato la presente dichiarazione composta da n. 4 pagine e che quanto in esse espresso è vero ed è accertabile ai sensi dell'articolo 43 del citato decreto, ovvero documentabile su richiesta dell'Amministrazione Comunale.

Dichiara, altresì, di essere a conoscenza che, nel caso di erogazione della/e prestazione/i richiesta/e, sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'articolo 71 del suddetto DPR n. 445/2000.

(FIRMA della domanda e delle dichiarazioni)

(Luogo)	(Data)	(FIRMA della domanda e delle dichiarazioni)
☐ Dichiarazione resa in n casella se ricorre il caso		tto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale (barrare la
Indicare i dati anagrafici de	lla persona che dichiara in no	ome e per conto del soggetto incapace
Cognome		Nome
Comune o stato estero di n	ascita	Prov
data di nascita	Comune di residenza	1
Prov CAP	Indirizzo e n. civico	
in qualità di procuratore/tute	ore/amministratore di sostegn	no nominato dal
	con provvedi	mento n del
connesse allo stato di s linea retta o collaterale (barrare la casella se ric Il sottoscritto (pubblico uffic	alute, dal coniuge o, in sua a fino al terzo grado, al pub orre il caso). siale) riceve la dichiarazione d della cui identità si è accert	trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni assenza, dal figlio o, in mancanza di questo, da altro parente in blico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante lel Sig. ato tramite il seguente documento
	Il Pubblico Ufficiale	(timbro e firma per esteso)
	hi non sa o non può firmare la casella se ricorre il caso)	e raccolta dal pubblico ufficiale previo accertamento dell'identità
Il sottoscritto (pubblico uffic	iale) riceve la dichiarazione d	lel Sig
,	,	amite il seguente documento
		J

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda va presentata esclusivamente presso uno dei **Centri Sociali** del Comune di Firenze, tramite una delle seguenti modalità:

• **consegna a mano**, in busta chiusa, alla portineria del Centro Sociale, dalle ore 9,00 alle ore 12,30 dei giorni lavorativi dal lunedì al venerdì;

Il Pubblico Ufficiale

(timbro e firma per esteso)

• tramite e-mail all'indirizzo del Centro Sociale competente (il centro sociale competente è quello in cui ha sede l'assistente sociale che ha in carico la persona assistita richiedente)

CENTRO SOCIALE	INDIRIZZO	E-MAIL
Santa Monaca	Via Santa Monaca, 37	cs.santamonaca@comune.fi.it
D'Annunzio	Via D'annunzio, 29	cs.dannunzio@comune.fi.it
Gavinana	Piazza Dalla Costa, 15	cs.gavinana@comune.fi.it
Chiusi	Via Chiusi, 4/2	cs.chiusi@comune.fi.it
Bini	Via Bini, 5/a	cs.bini@comune.fi.it
Piagge	Via dell'Osteria, 8	cs.piagge@comune.fi.it
San Iacopino	Piazza Dalla Piccola, 4	cs.saniacopino@comune.fi.it

Allegare la dichiarazione rilasciata dal familiare caregiver tramite l'apposito modulo



CONTRIBUTO PER FAMILIARE CAREGIVER <u>ANNO 2020</u>

Dichiarazione del FAMILIARE CAREGIVER allegata alla domanda di contributo

I/la sottoscritto/a [*]
nato/a a [*] il [*]
Codice Fiscale*
residente a* CAP* CAP*
tel./cell/ email
n relazione alla domanda presentata dalla persona assistita di seguito indicata:
Cognome e Nome [*]
nato/a a [*] il [*]
Codice Fiscale*
e residente a Firenze all'indirizzo [*]
ai fini dell'ammissione al contributo per familiare caregiver previsto dal Comune di Firenze per l'anno 2020, come da apposito disciplinare approvato con delibera della Giunta Comunale n. 283/2020 e conseguente Avviso approvato con Determinazione Dirigenziale del Comune di Firenze n. 6364/2020 DICHIARA ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole della decadenza dei penefici 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
caso di laisita in atti e dichiarazioni mendaci - di svolgere le funzioni di familiare caregiver in favore della persona assistita sopra indicata,
facendosi carico e garante della necessaria assistenza finalizzata alla permanenza a domicilio;
di essere* (indicare una delle seguenti opzioni): ☐ non occupato ☐ pensionato ☐ impegnato in attività lavorativa per non oltre 20 ore settimanali;
di non essere stato valutato non autosufficiente con alto indice di gravità, ai sensi della L.R. n. 66/2008, e di non trovarsi in una delle condizioni di disabilità di cui alla tabella nell'allegato 3 del d.p.c.m. n. 159/2013;
di assicurare la propria disponibilità a favorire gli interventi di monitoraggio da parte dei servizi sociosanitari e a svolgere un ruolo attivo e integrato con la rete dei servizi;
di svolgere le funzioni di familiare caregiver in favore* (indicare una delle seguenti opzioni):
esclusivamente della persona assistita sopra indicata
esclusivamente della persona assistita sopra indicata e del seguente altro familiare non autosufficiente:
Cognome e Nome
nato/a ailil
 di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Amministrazione Comunale l'eventuale subentro di condizioni che determinino la perdita dei requisiti propri o della persona assistita previsti dal

disciplinare approvato con delibera della Giunta Comunale n. 114/2020 e conseguente

Determinazione Dirigenziale del Comune di Firenze n. 6364/2020.

<u>INFORMATIVA PRIVACY</u> – Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR - General Data Protection Regulation) n.2016/679 e dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003

Il Comune di Firenze, in qualità di titolare (con sede in Palazzo Vecchio – Piazza della Signoria, IT-50122 - P.IVA 01307110484; PEC: protocollo@pec.comune.fi.it; Centralino: +39 055055), tratterà i dati personali conferiti con modalità prevalentemente informatiche e telematiche, per le finalità previste dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR), in particolare 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.

Il conferimento dei dati presenti nei campi contrassegnati da asterisco è obbligatorio e il loro mancato inserimento non consente di completare la procedura di concessione della prestazione da parte del Comune. Per contro, il rilascio dei dati presenti nei campi non contrassegnati da asterisco, pur potendo risultare utile per agevolare i rapporti con il Comune, è facoltativo e la loro mancata indicazione non pregiudica il completamento della procedura di concessione della prestazione.

I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario all'erogazione della prestazione e, successivamente alla conclusione del procedimento o del servizio erogato, i dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale e da collaboratori del Comune e di altri enti pubblici eventualmente coinvolti nella presa in carico sociosanitaria. Al di fuori di queste ipotesi i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi, se non nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea Il Sub-Titolare del trattamento è il Direttore della Direzione Servizi Sociali, con sede in Viale De Amicis 21, 50127 Firenze (PEC: direzione.servizisociali@pec.comune.fi.it).

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 ss. del GDPR). L'apposita istanza è presentata contattando il Responsabile della protezione dei dati presso il Comune (Comune di Firenze - Responsabile della Protezione dei dati personali, Palazzo Medici Riccardi Via Cavour n.1, 50129 Firenze - email: rpdprivacy@comune.fi.it).

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

Per l'accesso alla prestazione è necessario il consenso al trattamento, secondo le modalità sopra indicate, dei dati forniti con la presente domanda. Il dichiarante ha la possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento, ai sensi dell'art. 13 comma 2 lett. c) del GDPR.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI

Il sottoscritto, preso atto dell'informativa sopra riportata, acconsente al trattamento dei dati forniti con la presente domanda secondo le modalità indicate nell'informativa stessa.

FIRMA per consenso al trattamento dati

IMPORTANTE

IN CASO DI MANCATA SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI LA DOMANDA NON POTRA' ESSERE PRESA IN CARICO

OLTRE AL CONSENSO, OCCORRE SOTTOSCRIVERE L'INTERA DOMANDA NELLO SPAZIO SOTTOSTANTE

SOTTOSCRIZIONE DI	ELLA DICHIARAZIONE
per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e delle conseguenz decadenza dei benefici eventualmente conseguiti, anche c aver compilato la presente dichiarazione composta da n. 2 p ai sensi dell'articolo 43 del citato decreto, ovvero documenta	erogazione della/e prestazione/i richiesta/e, sui dati dichiarati
(Luogo) (Data)	(FIRMA della dichiarazione)

ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITÀ DELLA PERSONA ASSISTITA RICHIEDENTE, DELLA PERSONA CHE SOTTOSCRIVE LA DOMANDA (SE DIVERSA DALLA PERSONA ASSISTITA) E DELLA PERSONA INDICATA COME *FAMILIARE CAREGIVER*.