

ALLEGA

- ISEE PER PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE (in corso di validità e senza omissioni/difformità) del nucleo anagrafico di appartenenza del beneficiario del progetto di assistenza o, in subordine, la relativa DSU
- ISEE ORDINARIO (in corso di validità e senza omissioni /difformità) del nucleo degli eventuali figli e/o genitori o, in subordine, la relativa DSU
- Contratto di lavoro dell'assistente personale (o altro documento equivalente)
- Copia del permesso di soggiorno in corso di regolarità (o in subordine copia della documentazione attestante la richiesta di rinnovo; il documento aggiornato dovrà successivamente essere prodotto all'Ufficio adulti e assistenza economica): per personale extracomunitario
- Copia dell'attestazione di iscrizione anagrafica prevista dal Decreto legislativo 30/2007 (o in subordine copia della richiesta di iscrizione; la successiva attestazione di iscrizione dovrà essere prodotta all'Ufficio adulti e assistenza economica): per personale dell'Unione Europea
- Dichiarazione di rinuncia alla presentazione dell'ISEE (o della DSU) dei figli e/o genitori (indicare le generalità):

N.B.

- > **Qualora non sia allegato l'ISEE (o la DSU) dei figli e/o genitori automaticamente l'importo dell'assegno di cura sarà diminuito di € 200 mensili per ogni ISEE mancante.**
- > **Qualora non si presenti la fotocopia del bollettino INPS attestante il pagamento dei contributi in favore dell'assistente personale, la dichiarazione trimestrale di regolare svolgimento del progetto e la fotocopia della CU (certificazione unica), o dichiarazione equipollente, attestante il pagamento dei compensi corrisposti al lavoratore nell'anno solare precedente il rapporto lavorativo in essere o quelli corrisposti nell'anno solare corrente in caso di interruzione in corso d'anno del rapporto di lavoro stesso, l'erogazione dell'assegno di cura sarà sospesa.**
- > **Gli assegni di cura non sono altresì erogati:**
 - ai titolari di voucher per la vita indipendente di cui all'art. 22 della L.r. 23/2010
 - ai titolari di contributo progetto "Home Care Premium".
- > Come previsto dall'Allegato A alla DGR n. 866 in data 20/06/2014 - Art. 18 della l.r. 23.07.2010, n. 23, ai fini dell'accertamento delle veridicità delle dichiarazioni presentate, potranno essere effettuati **controlli a campione** da parte di funzionari delle Strutture competenti, tramite visite al domicilio dei beneficiari dell'assegno di cura, per verificare la presenza dei soggetti titolari dell'assistenza negli orari previsti dal progetto e la qualità dell'assistenza.

L'Assistente sociale competente per territorio allega:

- Certificazione dell'UVMD sulla non autosufficienza de_ beneficiari_ del contributo
- Progetto assistenziale (sottoscritto **DA TUTTI** i membri dell'UVMD)

Firma dell'assistente sociale

Esenzione dall'imposta di bollo ai sensi dell'art. 8, comma 3, della Tabella allegato B al D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 642

ASSESSORATO SANITA'
SALUTE E POLITICHE SOCIALI
STRUTTURA ASSISTENZA ECONOMICA,
TRASFERIMENTI FINANZIARI E
SERVIZI ESTERNALIZZATI
LOC. LA MALADIERE
RUE DE LA MALADIERE N. 12
11020 SAINT-CHRISTOPHE

La/il Sig.ra/Sig. (COGNOME).....(NOME)
(LUOGO DI NASCITA) (PROVINCIA)
(DATA DI NASCITA)(CODICE FISCALE).....
(RESIDENTE IN VIA O FRAZ, N.CIVICO) (CAP)..... (COMUNE DI
RESIDENZA)..... (DOMICILIO, SE DIVERSO DALLA RESIDENZA, VIA,
FRAZ, COMUNE E CAP)..... (CITTADINANZA)
.....

In qualità di (*da compilare nel caso in cui la domanda non sia presentata dal diretto interessato*):

- familiare curatore (allegare atto di nomina del tribunale) amministratore di sostegno (allegare atto di nomina del tribunale) tutore (allegare atto di nomina del tribunale) altra persona (conoscente, vicino di casa, amico ecc).

N. DI TELEFONO DA CONTATTARE PER INFORMAZIONI (PREFERIBILMENTE CELLULARE)

Chiede

la concessione ai sensi dell'art. 18 della l.r. 23.07.2010, n. 23, degli assegni di cura per il pagamento di **ASSISTENTI PERSONALI per assistenza alternativa all'istituzionalizzazione** (no coniuge, unito civilmente, convivente di fatto, figli, nipoti, generi, nuore, suoceri, fratelli. cognati):

- per se stesso per la/il/i Sig.ra/Sig/Sigg.ri

(COGNOME).....(NOME)
(LUOGO DI NASCITA)(PROVINCIA)
DATA DI NASCITA)(CODICE FISCALE)
(RESIDENTE IN VIA O FRAZ., N.CIVICO)(CAP) (COMUNE DI
RESIDENZA) (DOMICILIO, SE DIVERSO DALLA RESIDENZA, VIA,
FRAZ., COMUNE E CAP) (CITTADINANZA)
.....

COGNOME).....(NOME)
(LUOGO DI NASCITA)(PROVINCIA)
DATA DI NASCITA)(CODICE FISCALE).....
(RESIDENTE IN VIA O FRAZ., N.CIVICO)(CAP) (COMUNE DI
RESIDENZA) (DOMICILIO, SE DIVERSO DALLA RESIDENZA, VIA,
FRAZ., COMUNE E CAP) (CITTADINANZA)
.....