



Sede legale: Via Venezia 6
15121 Alessandria
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

*Struttura: Servizio Socio Assistenziale
Distretto di Casale Monferrato
Direttore: dott.ssa Anna Maria Avonto*

CONTRIBUTO STRAORDINARIO PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI IN SITUAZIONE DI FRAGILITÀ ECONOMICA

Il/la sottoscritto/a.....

nato/a..... il.....

[illegible]

residente a.....(.....)

in via/piazza..... CAP.....

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

La domanda è presentata dal ☒ diretto interessato

o dal ☐ tutore ☐ amministratore di sostegno ☐ familiare (rapporto di parentela)

Sig/Sig.ra.....

nato/a..... il.....

[illegible]

residente a.....(.....)

in via/piazza..... CAP.....

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

CHIEDE

di essere ammesso al contributo straordinario per persone non autosufficienti in situazione di fragilità economica di cui alla DGR 3-3084/2021.

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

Servizio: Socio Assistenziale – Distretto di Casale Monferrato
Tel 0142/434520
e-mail: socioassistenziale.casale@aslal.it
pec socioassistenziale@pec.aslal.it
www.aslal.it



Sede legale: Via Venezia 6
15121 Alessandria
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

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
2. di essere già stato valutato dalla competente commissione ☐ U.V.G. ☐ U.M.V.D ed essere stata definita persona "non autosufficiente"; di essere in lista per prestazioni domiciliari di cui alla DGR 3-2257/2020 o per un inserimento in struttura residenziale;
3. di essere persona con disabilità ☐ grave ☐ gravissima (art 3 Decreto del Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali n. 280/2016);
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:

☐ 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 _____

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

☐ 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 _____

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

Indicare: data del decesso _____
Reddito lordo annuo 2020 _____



Sede legale: Via Venezia 6
15121 Alessandria
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

5. che la persona del nucleo familiare a cui si riferisce il precedente punto 4. è:

Cognome e Nome

nato/a a il e residente

a indirizzo CAP

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

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

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

COMUNICA i seguenti dati ai fini della riscossione del contributo (se spettante)

Accredito su conto corrente intestato a

[illegible]

Banca



Sede legale: Via Venezia 6
15121 Alessandria
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

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)*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Luogo e data _____

IL DICHIARANTE

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – Nota informativa

INFORMATIVA per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n.679/2016

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 13 del G.D.P.R. (General Data Protection Regulation) 679/2016 l'ASL AL - Servizio Socio Assistenziale in qualità di titolare del trattamento è tenuto a fornirle informazioni in merito all'utilizzo dei dati personali (es: dati identificativi, anagrafici, economici) e dati sensibili (es: stato di salute).

Il trattamento sarà effettuato in base ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della riservatezza e sarà effettuato tramite l'utilizzo di strumenti e di procedure idonee a garantire la sicurezza e la riservatezza utilizzando supporti sia cartacei che strumenti elettronici.

Il trattamento, la diffusione e la comunicazione dei dati personali forniti, o comunque acquisiti, sono finalizzati al procedimento di concessione dell'intervento richiesto, in base alle competenze attribuite dalla normativa sui servizi sociali. Il trattamento dei dati avverrà in modo comunque da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati.

La comunicazione dei dati è facoltativa, ma necessaria e indispensabile per l'istruttoria richiesta. La mancata indicazione dei dati può comportare la non concessione dell'intervento



Sede legale: Via Venezia 6
15121 Alessandria
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

richiesto.

La normativa vigente (artt. 7 – 10 D. Lgs. 196/2003 e artt. 7 – 15 -22 G.D.P.R. 679/2016) garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati forniti, a richiederne l'aggiornamento e l'integrazione o la cancellazione.

Il titolare del trattamento dei dati è l' ASL AL – Servizio Socio Assistenziale nella persona del Direttore del Servizio Socio Assistenziale.

.

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

Allega alla presente:

- fotocopia documento di identità in corso di validità;
- ISEE socio-sanitario 2021