Allegato 1 – Domanda semplificata di continuità del contributo FNA Misura B2

**Spett. Azienda Insieme per il Sociale**

**ALL. 1 - DOMANDA SEMPLIFICATA DI CONTINUITÀ DEL CONTRIBUTO FNA MISURA B2**

|  |
| --- |
| **INTESTATARIO DELLA DOMANDA DI CONTRIBUTO** |
| **Cognome** |  | **Nome** |  |
| **Luogo di nascita** |  | **Data di Nascita** |  |
| **Residente a** |  | **Indirizzo** |  |
| **Telefono** |  | **Email** |  |
| **Stato civile** |  | **Codice Fiscale** |  |

 in qualità di diretto interessato

**NEL CASO IN CUI L’INTESTATARIO NON COINCIDE CON IL RICHIEDENTE, COMPILARE ANCHE LA PARTE SOTTOSTANTE:**

|  |
| --- |
| **Il sottoscritto**  |
| **Cognome** |  | **Nome** |  |
| **Luogo di nascita** |  | **Data di Nascita** |  |
| **Residente a** |  | **Indirizzo** |  |
| **Telefono** |  | **Email** |  |

 in qualità di familiare/amministratore di sostegno/tutore/curatore del possibile beneficiario Misura B2:

Ruolo:

***Nel caso in cui la persona sia in protezione giuridica:***

 in qualità di tutore

 in qualità di curatore

 in qualità di amministratore di sostegno

***Nel caso in cui la persona sia un minore:***

 in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale in via esclusiva

 in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale in modo congiunto,

madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome e cognome)

padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome e cognome)

*(N.B.: nel caso la responsabilità genitoriale sia esercitata in modo congiunto è necessario che la domanda, pur compilata da uno di essi, sia sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori del minore)*

***Nel caso in cui non vi sia un legale rappresentante:***

 in qualità di coniuge

 in qualità di figlio

 altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (indicare relazione di parentela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Si richiede una formale delega scritta da parte dell’interessato a presentare per suo conto domanda di Misura B2 (allegare delega firmata con fotocopia del documento d’identità del delegante)

**CHIEDE**

la continuità del **buono sociale mensile alla presenza di un assistente familiare regolarmente** **impiegato** per le persone in graduatoria finanziata nella precedente annualità (DGR 2033/2024).

A tal fine, presa visione dei requisiti al riguardo fissati dalla normativa regionale in materia e consapevole, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, delle responsabilità penali in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all’art. 76 del DPR 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici conseguiti,

**DICHIARA**

* di essere in possesso dei requisiti stabiliti dalla DGR 3719/2024;
* il mantenimento dei requisiti già valutati lo scorso anno, che hanno dato seguito al punteggio in graduatoria e al conseguente accesso al finanziamento della MISURA B2 ANNO 2024 – DGR 2033/2024;
* che **nulla è variato rispetto a quanto dichiarato nella precedente annualità**; in caso di variazioni sarà necessario presentare una nuova domanda (All.2) che garantirà la continuità del beneficio ma verrà rideterminato l’importo del buono sulla base di quanto previsto all’art. 5 e 6 dell’”*Avviso Pubblico FNA MISURA B2 - BUONO SOCIALE MENSILE IN CASO DI ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE IMPIEGATO A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA’ GRAVE E ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI DGR 3719/2024 - Annualità 2025”.*

**DICHIARA ALTRESI’**

□ di aver preso visione dell’avviso pubblico FNA MISURA B2 ANNO 2025 (DGR 3719/2024);

□di non trovarsi in condizioni di incompatibilità così come descritte al punto 3 dell’avviso pubblico;

□ di impegnarsi a dare ogni comunicazione, nel minor tempo possibile, di eventi che comportano la decadenza (per incompatibilità, cambio residenza, decesso del beneficiario) del diritto di assegnazione della misura all’Ufficio di Piano;

□ di essere a conoscenza che l’Ufficio di Piano, ai sensi del decreto legislativo n. 109/1998 e del DPR 445/2000 art. 45, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emergessero l’assenza di requisiti, sarà revocato ogni beneficio ed effettuato il recupero delle somme corrisposte e tutti gli eventuali adempimenti conseguenti.

Allega alla presente:

* **certificazione ISEE**
	+ ISEE Socio-sanitario in corso di validità entro i € 25.000,00
	+ ISEE Ordinario in corso di validità entro i € 40.000,00 solo per i minori con disabilità

* **documento d’identità** e, nel caso di cittadino non comunitario, copia permesso di soggiorno in corso di validità;
* All.4\_Informativa e consenso al trattamento dei dati personali;
* Denuncia del rapporto di lavoro, lettera di impegno all’assunzione sottoscritta dalle parti, contratto di assunzione, nel caso di rinnovo di contratti a tempo determinato presentati nell’anno precedente.

In fede

Luogo e data Firma (1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma del dichiarante) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma dell’altro genitore esercente la potestà genitoriale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(1) nel caso in cui la domanda riguarda un minore, e sia compilata da uno dei genitori esercenti la potestà genitoriale in maniera congiunta, deve essere sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori.