

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI SUSSIDI A FAVORE DELLE FAMIGLIE CHE ASSISTONO IN  
CASA PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI RICORRENDO ALL'AIUTO DI ASSISTENTI  
FAMILIARI – ANNO 2016**

(Verbale del Comitato di Distretto di Rimini Nord del 29/09/2017; D.D. n. 340 del 19/10/2017)

Il/La sottoscritto/a (Assistito) \_\_\_\_\_

codice fiscale

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

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a Santarcangelo di Romagna

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Ai sensi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole del fatto che sulle dichiarazioni rese potranno essere effettuati controlli ai sensi degli artt. 71 e 72 del succitato D.P.R., delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

- a) di avere nel proprio nucleo familiare una o più assistenti familiari dedite alla cura di una o più persone
- b) di avere un'età di \_\_\_\_\_ anni (*almeno 55*);
- c) di avere una invalidità riconosciuta pari a \_\_\_\_\_% (*almeno 74%*);
- d) di avere un valore Isee pari a € \_\_\_\_\_ (*non superiore ad € 25.000,00*);
- e) di non essere già titolare di "Assegno di Cura" rilasciato dall'AUSL;
- f) di avere un contratto di lavoro che attesti la regolare assunzione di una o più persone dedicate all'assistenza della persona non autosufficiente, per un totale di almeno 24 ore settimanali.

**CHIEDE**

**l'erogazione del sussidio a favore delle famiglie che assistono in casa persone non autosufficienti ricorrendo all'aiuto di assistenti familiari – anno 2016**, da erogarsi in conformità al dettato del verbale del Comitato di Distretto di Rimini Nord.

**ALLEGA ALLA DOMANDA**

- attestazione ISEE ordinaria in corso di validità rilasciata ai sensi del DPCM n. 159/2013;
- copia della certificazione dell'invalidità pari o superiore al 74% rilasciata dalla Commissione per la valutazione degli stati d'invalidità civile cecità e sordomutismo del SSN;
- copia del contratto o dei contratti di lavoro sottoscritti con l'assistente familiare inviati all'INPS (se i contratti sono più di uno occorre specificare i periodi di validità di ogni singolo contratto);
- copia del documento d'identità, la matricola INPS e il codice fiscale dell'assistente familiare.
- Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 allega inoltre alla presente copia fotostatica di un proprio documento d'identità in corso di validità **oppure**
- nel caso di domanda presentata direttamente e sottoscritta in presenza del dipendente incaricato a riceverla, viene esibito documento di identità in corso di validità di tipo \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_. Firma del dipendente \_\_\_\_\_)

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del Dichiarante  
o di suo Sostituto (specificare \_\_\_\_\_)

**Modalità di richiesta pagamento**

Visto l'art. 185 del D.Lgs. 18.08.2000 nr. 267, **II TITOLARE DELLA DOMANDA** chiede che il pagamento delle somme eventualmente spettanti siano effettuate con le modalità sotto indicate:

**ACCREDITO SU C/C BANCARIO**

Coordinate Bancarie **IBAN**: (Obbligatorie)

IT

**ACCREDITO SU LIBRETTO DI DEPOSITO (NON POSTALE)**

IT

**ACCREDITO SU CARTA PREPAGATA (NON POSTALE)**

IT

**IN CASO DI ASSENZA DI UNO DEGLI STRUMENTI DI INCASSO DI CUI SOPRA  
E' NECESSARIA LA DELEGA ALL'INCASSO AD ALTRA PERSONA DI FIDUCIA**

Il Titolare della domanda delega al ritiro della somma eventualmente spettante il/la Sig/ra

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

**ACCREDITO SU C/C BANCARIO**

Coordinate Bancarie **IBAN**: (Obbligatorie)

IT

**ACCREDITO SU LIBRETTO DI DEPOSITO (NON POSTALE)**

IT

**ACCREDITO SU CARTA PREPAGATA (NON POSTALE)**

IT

Firma del Titolare della domanda  
o di suo Sostituto (specificare \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)