



**UNIONE TERRED'ACQUA / DISTRETTO PIANURA OVEST**  
Provincia di Bologna

Comuni di: Anzola dell'Emilia, Calderara di Reno, Crevalcore, Sala  
Bolognese, San Giovanni in Persiceto, Sant'Agata Bolognese

All'Unione Terred'acqua

**Allegato 2**  
**DOMANDA DI CONTRIBUTO**  
*relativa a*

**AVVISO PUBBLICO**  
**PER L'ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI ECONOMICI STRAORDINARI 'UNA TANTUM'**  
**PER LE SPESE SOSTENUTE PER ASSISTENTI FAMILIARI ANNO 2023**

in forma di  
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**  
(art. 46 - 47 - 75 e 76 del D.P.R. 445/00)

**BENEFICIARIO DEL CONTRIBUTO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov/Stato \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nel caso in cui il MODULO SIA COMPILATO da persona diversa dal beneficiario del contributo, compilare anche la parte che segue:

Richiedente nella qualità di:

- Figlio  
 Coniuge  
 Familiare (specificare \_\_\_\_\_)  
 Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno (estremi decreto di nomina \_\_\_\_\_)  
 Altro (specificare \_\_\_\_\_)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov/Stato \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

residente a _____ C.A.P. _____
Via _____ n. _____
Cell. _____ e-mail _____
Codice Fiscale _____

con la presente fa istanza di assegnazione di un contributo economico straordinario 'una tantum' per le spese sostenute per assistenti familiari, in attuazione del progetto "Sostegno alle famiglie con assistenti familiari" inserito nel "Programma attuativo 2023 del Piano di Zona per la salute e il benessere sociale" del Distretto Pianura Ovest.

**A tal fine, ai sensi dell'art.47 del DPR n.445/2000 e s.m.i., consapevole del fatto che potranno essere effettuati controlli e che in caso di dichiarazioni false saranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 del DPR n. 445 del 28/12/2000), sotto la propria responsabilità,**

**DICHIARA CHE IL BENEFICIARIO DEL CONTRIBUTO**

1.  è residente nel Comune di \_\_\_\_\_;
2.  ha un'età uguale o superiore a 65 anni, con ridotta autonomia;  
**oppure**  
 ha un'età uguale o superiore a 18 anni con disabilità grave o non autosufficienza, come definite ai fini ISEE;
3.  è in possesso di un valore ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) 2023, per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria, calcolato secondo quanto previsto dall'art. 6 del DPCM 159/2013 e s.m.i., in corso di validità, pari a € \_\_\_\_\_ (non superiore a € 35.000,00), rilasciato con attestazione ISEE Numero Protocollo INPS-ISEE \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_;  
**oppure**  
 ha sottoscritto una DSU (Dichiarazione Sostitutiva Unica): Numero Protocollo INPS-DSU \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_;
4.  é in possesso del certificato di riconoscimento di Indennità di Accompagnamento e/o certificazione art.3 comma 3 Legge 104/92, che allega;
5. è:
  - cittadino/a italiano;
  - cittadino regolarmente soggiornante di un Paese membro nell'Unione Europea;
  - cittadino di uno Stato non appartenente all'Unione Europea in possesso di permesso di soggiorno in corso di validità (permesso n. \_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_; validità fino al \_\_\_\_\_);
  - cittadino di uno Stato non appartenente all'Unione Europea in possesso della ricevuta della richiesta di rinnovo presentata entro sessanta giorni dalla data di scadenza del permesso precedente.
6.  non beneficia di contributi da parte di altri soggetti pubblici per la stessa tipologia di spesa;
7.  non ha beneficiato, nelle mensilità per le quali si richiede il contributo, di assegno di cura così come definito dal regolamento di cui alla delibera Azienda USL Bologna n. 66 del 15.04.2011 e/o dal regolamento di cui alla delibera Azienda USL Bologna n. 101 del 15.05.2013 e/o di prestazioni erogate nell'ambito del progetto INPS Home Care Premium e/o di ulteriori prestazioni assistenziali fornite

dall'Unione Terre d'acqua e/o dai Comuni dell'ambito in modo continuativo Servizio di assistenza domiciliare con intervento plurintensivo da 7 e oltre interventi/settimana;

8.  nelle mensilità per le quali si richiede il contributo, aveva un'Assistente Familiare con contratto di lavoro di almeno 20 ore settimanali, con inquadramento del lavoratore nel livello B super o nel livello C con profilo C super o livello D con profilo D super.

### DICHIARA ALTRESÌ

#### generalità datore di lavoro (BENEFICIARIO o RICHIEDENTE)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov/Stato \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

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

Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nella sua qualità di:

Beneficiario

Figlio del beneficiario

Coniuge del beneficiario

Familiare del

beneficiario (specificare \_\_\_\_\_)

Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno (estremi decreto di nomina \_\_\_\_\_)

del beneficiario

Altro (specificare \_\_\_\_\_)

#### generalità assistente familiare:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov/Stato \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

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

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

#### generalità in merito al contratto ed alle prestazioni garantite al beneficiario

l'entità dell'impegno previsto nel contratto di lavoro è commisurabile a numero di ore settimanali pari a \_\_\_\_\_;

l'inquadramento del lavoratore nel livello \_\_\_\_\_ con profilo \_\_\_\_\_;

l'attività di assistenza viene svolta a favore del beneficiario presso il domicilio del medesimo.



- d. il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l'annullamento del procedimento per impossibilità a realizzare l'istruttoria necessaria;
- e. il dichiarante può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., avendo come riferimento il responsabile competente del trattamento degli stessi così come individuato dalla stessa Amministrazione [di cui al punto f)];
- f. il titolare del trattamento è l'Unione Terred'acqua (con sede in Corso Italia 70 - San Giovanni in Persiceto -BO) a cui è possibile rivolgersi per l'esercizio dei diritti dell'interessato scrivendo all'indirizzo mail: [info@terredacqua.net](mailto:info@terredacqua.net);
- g. l'Unione Terred'acqua ha nominato ai sensi dell'art. 37 del Regolamento (UE) 2016/679 il Responsabile della Protezione dei Dati Personali che potrà essere contattato, anche per l'esercizio dei diritti degli interessati, all'indirizzo email: [dpo@terredacqua.net](mailto:dpo@terredacqua.net) o via posta all'indirizzo DPO c/o "Unione Terred'acqua, Corso Italia 70 - San Giovanni in Persiceto (BO)".

---

Luogo

data

IL DICHIARANTE

---