



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



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 2025

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 COMPILATI da persona diversa dal beneficiario del contributo, compilare anche la parte che segue:

Richiedente nella qualità di:

- Figlio
 Coniuge
 Familiare (specificare _____)
 Tuttore/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 2024.

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) 2025, per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria, calcolato secondo quanto previsto dall'art. 6 del DPCM 159/2013 e s.m.i., con validità fino al 31/12/2025, 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. è 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, per le mensilità per le quali si richiede il contributo, di assegno di cura così come definito nella deliberazione n. 283 del 31/07/2025 dell'Azienda USL di Bologna, avente ad oggetto la "Presa d'atto del Regolamento metropolitano assegni di cura e criteri operativi approvato dalla CTSS Metropolitana di Bologna in data 17 luglio 2025", e/o di prestazioni erogate nell'ambito del progetto INPS Home Care Premium, e/o di ulteriori prestazioni economiche socio-sanitarie e/o assistenziali fornite dall'Unione Terred'Acqua (di seguito anche "Unione") e/o dai Comuni

dell'ambito in modo continuativo (ad esempio Servizio di Assistenza Domiciliare con intervento plurintensivo, pari a 7 o più interventi settimanali), e/o di altri contributi e/o indennità analoghe erogate dall'INPS, dall'INAIL o da altri Enti.

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 _____)

Tutor/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.

CHIEDE

che il contributo economico straordinario ‘una tantum’ per le spese sostenute per Assistenti Familiari per l’anno 2025, come specificato nel Bando in oggetto Art.6, venga erogato tramite accredito su conto corrente:

Intestato a _____,

oppure

Cointestato a _____,

presso (Posta o Banca) _____ filiale di _____

con le seguenti coordinate IBAN, con addebito delle relative spese:

SI ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE :

1. copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario e del richiedente se diverso dal beneficiario;
 2. copia dell'attestazione ISEE relativa all'annualità 2025 (validità fino al 31/12/2025);
 3. copia del contratto di lavoro dell'Assistente Familiare nel quale dovrà essere indicato il numero di ore settimanali, il livello e il profilo;
 4. copia delle buste paga e/o contributi INPS (gennaio-dicembre 2025) con relativi attestati di pagamento (contabili banca, copia degli assegni, buste paga firmate dal lavoratore per pagamenti in contanti, bollettini di pagamento dei contributi Inps);
 5. laddove presente, il certificato di riconoscimento di Indennità di Accompagnamento e/o certificazione art.3 comma 3 Legge 104/92 ;
 6. solo per i cittadini non comunitari: copia del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo o permesso di soggiorno non inferiore a un anno in corso di validità, oppure copia della ricevuta del pagamento effettuato.

Si consiglia di presentare stampa del codice IBAN, al fine di evitare eventuali disguidi.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI:

IL DICHIARANTE PRENDE ATTO CHE

ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni, concernente il "Codice in materia di protezione dei dati personali", del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e del D.Lgs. 101/2018, recante le disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento UE 2016/679;

- a. il trattamento dei dati conferiti con la presente dichiarazione è finalizzato allo svolgimento del procedimento amministrativo per l'accesso al contributo relativo a "Avviso pubblico per l'assegnazione di contributi economici straordinari 'una tantum' per le spese sostenute per Assistenti Familiari – anno 2025";
 - b. il trattamento degli stessi dati sarà effettuato con modalità informatizzate e manuali;
 - c. il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto svolgimento dell'istruttoria e degli altri adempimenti procedurali;

- 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 (avente sede legale in via G. Matteotti n.191 - 40014 Crevalcore) a cui è possibile rivolgersi per l'esercizio dei diritti dell'interessato scrivendo all'indirizzo mail: 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 Personalni che potrà essere contattato, anche per l'esercizio dei diritti degli interessati, all'indirizzo email: dpo@terredacqua.net o via posta all'indirizzo DPO c/o "Unione Terred'Acqua, via G. Matteotti n.191 - 40014 Crevalcore".

Luogo

Data

IL DICHIARANTE
