

Oggetto: Domanda di richiesta assegnazione voucher per Caregiver familiari bando L'Aquila Family Care.

Il/la sottoscritto/a..... Nato/a il/...../.....

a.....Prov. () Codice Fiscale

Residente in vian. Comune

Cap..... Provincia..... Telefono cellulare.....telefono abitazione.....

email.....

Tipologia documento riconoscimenton.....

Rilasciato dain data...../...../..... Scadenza/...../.....

Cittadini stranieri o soggiornanti di lungo periodo indicare numero del permesso.....data

rilascio...../...../..... Eventuale data scadenza...../...../..... questura che lo ha rilasciato.

CHIEDE

Di partecipare all'avviso pubblico del Comune di L'Aquila denominato "L'Aquila family Care" dell'avviso Abruzzo Care Family approvato con determina dirigenziale n. 38/DPF013 del 09/04/2018, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

Di essere residente nel comune didi essere persona appartenente a un nucleo familiare con presenza di persone aventi una o più tipologie di seguito riportate: (barrare la casella d'interesse)

INVALIDI CIVILI DI ETÀ COMPRESA TRA 18 E 65 ANNI

DISABILITA' MEDIA	GRAVE DISABILITA'	DISABILITA' GRAVISSIMA	
Invalidi 67 a 99% (D.Lgs. 509/88)	Inabili totali (L. 118/71, artt. 2 e 12)	Cittadini di età compresa tra 18 e 65 anni con diritto all'indennità di accompagnamento (L. 508/88, art. 1, comma 2, lettera b)	

INVALIDI CIVILI MINORI DI ETÀ

DISABILITA' MEDIA	GRAVE DISABILITA'	DISABILITA' GRAVISSIMA	
Minori di età con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni propri della loro età L. 118/71, art. 2 diritto all'indennità di frequenza	Minori di età con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età e in cui ricorrono le condizioni di cui alla L. 449/1997, art. 8 o della L. 388/2000, art. 30	Minori di età con diritto all'indennità di accompagnamento (L. 508/88, art. 1	

INVALIDI CIVILI ULTRA 65ENNI

DISABILITA' MEDIA		GRAVE DISABILITA'		DISABILITA' GRAVISSIMA	
Ultrasessantacinquenni con Difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni propri della loro età, invalidi 67 a 99% (D. Lgs. 124/98, art. 5, comma 7)		Ultrasessantacinquenni con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni propri della loro età, inabili 100% (D.Lg s. 124/98, art. 5, comma 7)		Cittadini ultrasessantacinquenni con diritto all'indennità di accompagnamento (L. 508/88, art. 1, comma 2, lettera b)	

CIECHI CIVILI

DISABILITA' MEDIA		GRAVE DISABILITA'		DISABILITA' GRAVISSIMA	
Art 4, L.138/2001		Ciechi civili parziali (L. 382/70 L. 508/88 L. 138/2001)		Ciechi civili assoluti (L. 382/70 L. 508/88 L. 138/2001)	

SORDI CIVILI

DISABILITA' MEDIA		GRAVE DISABILITA'		DISABILITA' GRAVISSIMA	
Invalidi Civili con cofosi esclusi dalla fornitura protesica (DM 27/8/1999, n. 332)		Sordi pre-linguali, di cui all'art. 50 L. 342/2000			

INPS

DISABILITA' MEDIA		GRAVE DISABILITA'		DISABILITA' GRAVISSIMA	
Invalidi (L. 222/84, artt. 1 e 6 D.Lgs. 503/92, art. 1, comma 8)		Inabili (L. 222/84, artt. 2, 6 e 8)		Inabili con diritto all'assegno per l'assistenza personale e continuativa (L. 222/84, art. 5)	

INAIL

DISABILITA' MEDIA		GRAVE DISABILITA'		DISABILITA' GRAVISSIMA	
Invalidi sul lavoro 50 a 79% DPR 1124/65, art. 66 Invalidi sul lavoro 35 a 59 % (D.Lgs. 38/2000, art.13 DM 12/7/2000 L. 296/2006, art 1, comma 782)		Invalidi sul lavoro da 80 a 100% DPR 1124/65,art. 66 Invalidi sul lavoro >59% (D.Lgs 38/2000, art. 13 DM 12/7/2000 L. 296/2006, art 1, comma 782		Invalidi sul lavoro con diritto all'assegno per l'assistenza personale e continuativa (DPR 1124/65 art. 66) Invalidi sul lavoro con menomazioni dell'integrità psicofisica di cui alla L.296/2006, art 1, comma 782	

Accertamento Handicap Legge 5 febbraio 1992 n. 104, legge 3 agosto 2009 n.102

DISABILITA' MEDIA		GRAVE DISABILITA'	
Persona con handicap a cui non è stata riconosciuta la gravità art. 3 comma 1 legge 104/1992		Persona con handicap con connotazione di gravità art. 3 comma 3 legge 104	

SITUAZIONE ECONOMICA FAMILIARE E LAVORATIVA (barrare casella d'interesse)

CRITERIO	PARAMETRO				
VALORE ISEE	DA 0 A 2000,00 €	DA 2001,00 € A 4000,00 €	DA 4001,00 € A 6000,00 €	Oltre 6000	
CONDIZIONE LAVORATIVA	DISOCCUPATO DA OLTRE 24 MESI	DISOCCUPATO DA MENO DI 24 MESI	INOCCUPATO		
SITUAZIONE FAMILIARE	DA SOLO O MONOPARENTERALE O MONOGENITORIALE	NUCLEO FAMILIARE COMPOSTO FINO A 3 PERSONE	NUCLEO FAMILIARE COMPOSTO DA PIU' DI 3 PERSONE		
ETA'	OLTRE 45 ANNI	DA 30 A 45 ANNI	DA 18 A 29		

CONSENSO DEL CAREGIVERE AFREQUENTARE IL CORSO FORMATIVO DI 400 ORE PER LA QUALIFICA PROFESSIONALE DI ASSISTENTE FAMILIARE

Nome e cognome.....

Luogo e data di nascita.....

Codice fiscale.....

Telefono

Mail

Acconsento a frequentazione corso	Si
Non acconsento a frequentazione corso	NO

Si allegano:

- Documento di identità attinente a quanto riportato nella domanda.
- Attestazione Isee (ristretto)
- Certificato attivazione invalidità civile e/o handicap dell'assistito
- Titolo di soggiorno per stranieri
- Altro _____

Si autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del art. 13 del regolamento (Ue9 2016/679

Firma del richiedente
