



Comune di Udine

Contributo per persone non autosufficienti

Richiesta di contributo economico per aiutare le persone (caregiver) che si occupano di familiari non autosufficienti

Informativa privacy

Informativa privacy

☐ Ho letto e compreso l'informativa sulla privacy *

Richiedente

Abbiamo compilato il tuo profilo utilizzando i dati di SPID o di CIE. Aggiungi i dati di residenza se mancanti.

Dati anagrafici

Nome *

Cognome *

Genere *

☐

Maschio

☐

Femmina

Codice Fiscale *

Data di nascita *

--/--/----

Luogo di nascita *

Residenza

Indirizzo *

Numero civico

Paese *

Italia

Provincia ? *

Comune *

CAP *

Contatti

Numero di telefono cellulare *

Numero di telefono fisso

Indirizzo email *

Posta Elettronica Certificata (PEC)

Ruolo

Indica il tuo ruolo

In qualità di *

Beneficiario

Inserisci i dati del **soggetto assistito**

Nome *

Cognome *

Luogo di nascita *

Data di nascita *

--/--/----

Genere *

- ☐ Maschio
- ☐ Femmina

Codice fiscale *

Residenza

Indirizzo *

Nr. civico

Comune *

CAP *

Nazione *

Italia

Nazionalità *

Legame di parentela

Indica il legame di parentela che l'assistito ha con il caregiver

Parentela *

Informazioni sulla persona non autosufficiente

Indica la condizione della persona non autosufficiente e allega il verbale di invalidità attestante l'indennità di accompagnamento

Il soggetto assistito *

- ☐ è titolare di indennità di accompagnamento (legge 18/1980) oppure è stato definito non autosufficiente (allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013) e, per la verifica della condizione di disabilità gravissima (art. 3 del D.M. 26/9/2016), si rende disponibile alla valutazione multiprofessionale attraverso la somministrazione delle scale indicate agli allegati 1 e 2 del predetto Decreto dei Ministri
- ☐ è inserito in un programma finalizzato alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento con il caregiver
- ☐ è stata riconosciuta invalidità ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della legge 104/1992 - allega documentazione
- ☐ è titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, numero 18 - allega documentazione

Verbale di invalidità o documentazione attestante i requisiti di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 104/1992 *

Nome del file	Dimensione
---------------	------------

Attenzione: puoi caricare solo file jpeg, jpg, png, pdf e p7m
La dimensione massima è di **30 MB**

Situazione reddituale

ISEE

Specifica la tua situazione reddituale allegando l'ISEE (Indicatore Situazione Economica Equivalente). Inserisci un importo senza punti di separazione

Importo

23453,23

Data di scadenza

--/--/----

Documenti allegati

Allega l'attestazione ISEE in corso di validità

Attestazione ISEE

Nome del file

Dimensione

Attenzione: puoi caricare solo file jpeg, jpg, png, pdf e p7m
La dimensione massima è di 30 MB

IBAN

IBAN

Indica l'IBAN del conto corrente del beneficiario

IBAN *

Codice SWIFT

AAAA-BB-CC-123

Nome e cognome dell'intestatario *

Nome istituto bancario *

Dichiarazioni aggiuntive

Fornisci le seguenti dichiarazioni

- ☐ Sono consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti  *
- ☐ Dichiaro di essere il solo caregiver a chiedere il contributo *
- ☐ Dichiaro che il soggetto a cui viene fornita assistenza è informato della presentazione della segnalazione del bisogno ed è consenziente nei confronti del lavoro di cura e assistenza del caregiver familiare *
- ☐ Dichiaro che il soggetto a cui viene fornita assistenza non beneficia di altro contributo regionale a sostegno della domiciliarità (Fondo per l'Autonomia Possibile, Fondo Gravissimi o Fondo SLA)
- ☐ Sono a conoscenza dei vincoli per l'accesso ai benefici  *
- ☐ Mi impegno a comunicare tempestivamente ogni futura variazione delle informazioni fornite *
- ☐ In caso di decesso o ingresso in struttura residenziale della persona non autosufficiente, mi impegno a darne tempestiva comunicazione al Sistema Locale Servizi Sociali *