Prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Spett.le Società della Salute Mugello

Via P. Togliatti, 45

50032 Borgo S. Lorenzo (FI)

Oggetto: **Richiesta erogazione Buono Servizio Azione 3- contributi a rimborso spese per assistente personale- progetto Sostegno Autonomia e Servizi Sociosanitari- SASS codice Progetto: 312725**

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/P.za \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nc. \_\_\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, indirizzo mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, chiede l’erogazione del Buono Servizio indicato in oggetto, e a tal fine DICHIARA:

di trovarsi nella condizione prevista:

□ con piano di assistenza personalizzato domiciliare per assistente familiare (c.d. badante) ISO IV o V;

□ con piano di assistenza residenziale (RSA) in lista di attesa

□di essere in possesso di dichiarazione ISEE in **corso di validità**, del valore di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_o di allegare ricevuta di presentazione della DSU;

□ di aver stipulato un regolare contratto con l’Assistente Familiare, Sig./Sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali, per l’assistenza a persona non autosufficiente, registrato all’Inps (allegata copia del contratto e della Denuncia INPS) **contratto intestato al beneficiario o amministratore di sostegno o tutore**;

*oppure*:

□ di avere intenzione di stipulare un regolare contratto con Assistente Familiare, per un minimo di 26 ore settimanali, categoria CS DS, da registrare c/o Inps e da fornire in copia alla SdS entro 30 gg dalla comunicazione di esito positivo;

□ che l’assistente familiare è

□ accreditato ai sensi articolo 7 c. 2 della L.R.T. 82/2009 ;

□ in corso di accreditamento da presentare entro 30 giorni dalla data della comunicazione di esito positivo da parte della SdS;

□ di impegnarsi in caso di erogazione del Buono Servizio a presentare trimestralmente agli uffici della SdS copia della busta paga e relativo bonifico di pagamento e dei bollettini INPS, e di essere consapevole che l’erogazione del contributo avverrà trimestralmente e condizionatamente alle risultanze della rendicontazione presentata;

□ che la modalità di accreditamento per il versamento del contributo, nel caso di sua accettazione, è la seguente (specificare di seguito IBAN di C/C bancario o postale):

□ intestato al beneficiario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ intestato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ di impegnarsi a comunicare, una volta ottenuto il beneficio, entro 5 giorni da loro verificarsi, qualsiasi variazione/interruzione/sospensione del rapporto di lavoro con l’Assistente Familiare (variazioni orarie, licenziamenti, nuove assunzioni, maternità etc…);

□ di essere a conoscenza che l’interruzione del rapporto di lavoro con l’Assistente Familiare costituisce sospensione dell’erogazione del Buono Servizio, fino a comunicazione di stipula di nuovo contratto;

□ di essere a conoscenza che l’erogazione del Buono è condizionata alla verifica della sussistenza dei requisiti richiesti da parte della SdS Mugello, della disponibilità delle risorse economiche attribuite per la presente azione di progetto, e che la stessa si interromperà in caso di inserimento permanente in RSA, o comunque al termine del progetto, previsto (per quanto riguarda la sola erogazione dei benefici) alla data del 28/02/2027;

□ di essere a conoscenza che al termine del progetto 28/02/2027 i beneficiari saranno inseriti in graduatoria per il contributo assistente familiare sul Fondo Non Autosufficienza con il SOLO punteggio dell'ISO GRAVITA' e in ordine cronologico rispetto alla data di formulazione del PAP.

□ di essere pienamente consapevole che il contributo non è cumulabile con altri contributi erogati alla stessa finalità

Per eventuali comunicazioni contattare Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documentazione da allagare alla domanda:

* Domanda di iscrizione al FSE+ firmata dal beneficiario /Tutore/Amm.re Sostegno
* Documenti di identità del beneficiario/ AdS / Tutore
* In caso di presentazione da parte dell’amministratore di sostegno o tutore, il decreto di nomina
* Ricevuta presentazione DSU in caso di assenza di autocertificazione del valore ISEE

Borgo San Lorenzo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Il Richiedente/Tutore/Amm.re Sostegno