

Al Consorzio Intercomunale dei Servizi Socio Assistenziali  
C.I.S.S.38 di Cuorgnè

---

**CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE**

Il/la sottoscritto/a (caregiver).....  
nato/a ..... il .....  
Codice Fiscale .....  
residente a ..... (.....)  
in via/piazza.....  
CAP..... tel./cell...../.....e-mail.....

Rapporto con l'assistito:  coniuge  unito civilmente  convivente  figlio/figlia  fratello/sorella  
 nuora  genero  padre/madre  nipote  pronipote  amministratore di sostegno  tutore

**CHIEDE**

di essere ammesso al contributo straordinario per caregiver familiare di cui alla DGR 14-1365 del 14.07.2025, Allegato 1 applicata per il C.I.S.S.38 di Cuorgnè.

A tal scopo, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole della decadenza dei benefici connessi e delle sanzioni penali previste, ai sensi degli articoli 75 e 76 dello stesso DPR, in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**DICHIARA CHE**

il/la sig./sig.ra .....  
(indicare grado di parentela o relazione) .....  
nato/a a ..... il ..... Residente a ..... in via  
..... Codice Fiscale .....

1. è già stato valutato dalla commissione UVG/UMVD ed è inserito in graduatoria per un progetto:
- Domiciliare/Semiresidenziale con un punteggio pari a.....;

- Residenziale con un punteggio pari a ..... con esito urgente/non urgente;
2. Si trova nelle seguenti condizioni (è possibile selezionare più caselle):
- persona inserita in struttura residenziale in regime convenzionato, destinataria di programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita;
  - persona che non si trova attualmente in una struttura residenziale in regime non convenzionato (regime privato);
  - persona rientrata presso il domicilio in data ..... dopo un periodo di inserimento in struttura residenziale (dal ..... al ..... presso la struttura .....
  - persona che non usufruisce dei contributi/interventi previsti da:
    - (progetti di vita indipendente);
    - (interventi domiciliari a persone affette da SLA);
    - (Fondo per la Non autosufficienza);
    - (Fondo Caregiver).
3. In qualità di caregiver in maniera continuativa del mio coniunto non autosufficiente sono:
- convivente;
  - residente nello stesso Comune;
  - residente in un Comune distante al massimo 20 km (sempre in Italia).
4. Di essere consapevole che il contributo è condizionato all'effettiva permanenza a domicilio della persona non autosufficiente.

E che inoltre:

- che nessun familiare si trova in congedo straordinario ex legge 104 per prestare assistenza al proprio coniunto

Oppure

- che il seguente familiare ..... grado di parentela ..... si trova in congedo straordinario ex legge 104 per prestare assistenza al coniunto
- di essere nucleo monoparentale
- di essere famiglia monoredito
- di avere preso atto e accettare integralmente i criteri e le condizioni di erogazione del contributo di cui alla DGR 14-1365

Ai fini della determinazione dell'importo del contributo

la persona assistita è in possesso di attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità di € ..... che si allega alla presente. (Si allega ISEE della persona non autosufficiente)

**DICHIARA** inoltre di essere consapevole che potranno essere eseguiti dei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rilasciate secondo quanto previsto dalla normativa vigente e per gli effetti dalla stessa stabilità, ivi inclusa la decadenza o la revisione dal beneficio concesso.

**DICHIARA** di essere consapevole che, in caso di attivazione di interventi a sostegno della domiciliarità, di inserimento in struttura in convenzione o beneficiaria di altri contributi/interventi non compatibili con il presente avviso, il contributo verrà sospeso.

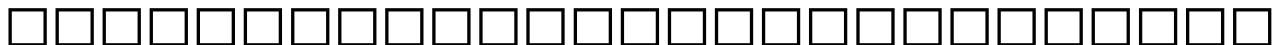
**COMUNICA** i seguenti dati ai fini della riscossione del contributo (se spettante)

Accredito su conto corrente intestato a (caregiver).....

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## Banca .....

**IBAN:** (*si consiglia di allegare anche copia di un documento della banca in cui sia riportato il codice IBAN, al fine di poter gestire eventuali errori o illeggibilità del codice sotto indicato*)



Al modulo di domanda dovranno essere allegati:

- **Copia del documento di identità in corso di validità del dichiarante e del/della beneficiario/a;**
  - **Copia del codice fiscale del dichiarante e del/della beneficiario/a;**
  - **Copia della certificazione di non autosufficienza rilasciata dalla Commissione UMVD o UVG dell'ASL.**
  - **Attestazione ISEE Socio Sanitaria del richiedente in corso di validità;**
  - **Copia del titolo di soggiorno per i cittadini stranieri.**

## Luogo e data

## IL DICHIARANTE

## **Trattamento dei dati personali**

Ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), si informa che i dati personali, compresi quelli appartenenti a categorie particolari di cui all'art. 9 del medesimo Regolamento, saranno trattati dal Consorzio Intercomunale dei Servizi Socio-Assistenziali (C.I.S.S. 38) in qualità di titolare del trattamento, al fine di istruire le domande per l'assegnazione dei contributi previsti dal presente Avviso, verificare la sussistenza dei requisiti di accesso, definire i progetti personalizzati e gestire le attività amministrative e contabili connesse.

Il trattamento avverrà su base giuridica riconducibile:

- all'art. 6, par. 1, lett. c) GDPR (adempimento di obblighi legali cui è soggetto il titolare del trattamento)
  - e, per i dati appartenenti a categorie particolari, all'art. 9, par. 2, lett. g) GDPR (motivi di interesse pubblico rilevante sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri)

Il conferimento dei dati è obbligatorio per l'accesso ai benefici. L'eventuale rifiuto comporterà l'impossibilità di valutare l'istanza e attivare il relativo procedimento.

I dati potranno essere comunicati o resi accessibili, nei limiti delle rispettive competenze e per le sole finalità connesse al procedimento, a soggetti terzi coinvolti nell'attuazione degli interventi, quali l'Unità Multidisciplinare di Valutazione della Disabilità (UMVD), Unità Valutativa Geriatrica (UVG), l'ASL competente, i soggetti erogatori dei servizi e, ove previsto, i soggetti gestori degli interventi. I dati non saranno diffusi.

I dati saranno conservati per il tempo necessario alla realizzazione delle finalità per cui sono stati raccolti, e successivamente per il periodo previsto dalla normativa sulla conservazione degli atti amministrativi.

Gli interessati possono esercitare i diritti previsti dagli artt. 15 e ss. del GDPR (accesso, rettifica, cancellazione, limitazione del trattamento, opposizione, reclamo all'Autorità Garante) rivolgendosi al Titolare del trattamento all'indirizzo **protocollo@ciis38.it** o al Responsabile della protezione dei dati (DPO) all'indirizzo **dpo@isimply.it**.

L'informativa completa sul trattamento dei dati personali è disponibile nella sezione "Privacy" del sito istituzionale del C.I.S.S. 38 all'indirizzo: <https://www.ciis38.it>.

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma della /del dichiarante

---