



ALLEGATO 1

Al Sig./ Alla Sig.ra _____

Nella qualità di Caregiver di _____

Oggetto: FNA 2022- Programma regionale di Assegni di Cura e Voucher per disabili gravissimi e disabili gravi- Comunicazione beneficiari di assegni di cura e richiesta documentazione.

In riferimento al PAI/ Cure domiciliari del Sig./Sig.ra _____, valutato in sede UVI in data _____, si comunica che la S.V. risulta beneficiaria dell'Assegno di Cura per una durata massima di 12 mensilità:
importo totale annuale € _____
importo totale mensile totale € _____

Così come previsto dalla normativa in materia, gli Assegni di Cura sono erogati mediante bonifico bancario intestato al beneficiario (o tutore giuridico) con cadenza bimestrale e il “familiare di riferimento individuato in sede UVI si assume la responsabilità di effettuare le prestazioni assistenziali programmate dalle UVI” e di presentare all'Ambito Territoriale N27 i giustificativi delle spese ammissibili, così come previsto dalla DGRC N.70 DEL 22/02/2024.

Pertanto, la S.V., o il proprio tutore giuridico designato/ legale rappresentante per i minori, è tenuta a presentare all'Ufficio Servizi Sociali – Viale Europa,45 , i seguenti dati ed informazioni:

- 1) **Nel caso in cui il beneficiario sia capace di intendere e di volere:**
 - **Fotocopia del documento di riconoscimento del beneficiario;**
 - **Fotocopia del documento di riconoscimento del caregiver;**
 - **Fotocopia del numero IBAN esclusivamente di conto corrente (NO LIBRETTO POSTALE), utile all'accreditamento dell'Assegno di Cura;**

Nel caso in cui il beneficiario non abbia un conto corrente intestato, sarà necessario da parte dei parenti entro il 1° grado sottoscrivere la liberatoria allegata alla presente informativa;

2) **Nel caso in cui il beneficiario, escluso i minori, non sia capace di intendere e volere o abbia altre limitazioni nell'esprimere chiaramente la sua volontà** è necessario trasmettere la documentazione di cui al punto 1 unitamente ai documenti idonei di chi ne fa le veci e/o è legittimato a rappresentarlo nelle decisioni da assumere (tutore/ curatore/ amministratore di sostegno);

3) **Nel caso in cui per il beneficiario non sia stata dichiarata alcuna limitazione della capacità di agire e lo stesso abbia difficoltà nell'esprimere la propria volontà**, si chiede di trasmettere la documentazione di cui al punto 1 unitamente ad una comunicazione da parte di tutti i parenti di primo grado (figli o genitori) che attesti il consenso a far riscuotere l'assegno di cura al parente caregiver e documento di riconoscimento di tutti gli attestanti con apposito modello in possesso presso gli uffici Politiche Sociali.

Il Dirigente del Settore II

Dott. Gennaro Izzo



Assistenza alle persone non autosufficienti

**DICHIARAZIONE LIBERATORIA- RISCOSSIONE ASSEGNO DI CURA e VOUCHER
FNA2022**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Al Comune di Castellammare di Stabia

Al Settore Servizi Socio-assistenziali

All'Ufficio di Piano –Ambito N27

1. Il/la sottoscritto/a

Cognome Nome

Luogo di nascita.....Provincia..... Data di nascita.....

Residenza.....CAP.....

Via/piazza Numero

Telefono

In qualità di:.....

2. Il/la sottoscritto/a

Cognome Nome

Luogo di nascita.....Provincia..... Data di nascita.....

Residenza.....CAP.....

Via/piazza Numero

Telefono

In qualità di:.....

3. Il/la sottoscritto/a

Cognome Nome

Luogo di nascita.....Provincia..... Data di nascita.....

Residenza.....CAP.....

Via/piazza Numero



COMUNE DI CASTELLAMMAREDI STABIA
Settore II – Area Servizi sociali e al cittadino
Pubblica Istruzione, Politiche Giovanili e Sport, Servizi Socio-Assistenziali
Ufficio di Piano, ex legge 328/2000 - Ambito N27

Telefono

In qualità di:.....

4. Il/la sottoscritto/a

Cognome Nome

Luogo di nascita.....Provincia..... Data di nascita.....

Residenza.....CAP.....

Via/piazza Numero

Telefono

In qualità di:.....

consapevoli delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici ottenuti sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARANO

Di essere a conoscenza e concordare che, in riferimento alla riscossione dell'assegno di cura del beneficiario:

Cognome Nome

Luogo di nascita.....Provincia.....

Data di nascita.....Residenza.....

CAP.....Luogo.....Prov.....

Via/piazza Numero

Telefono

Codice fiscale.....



Che l'importo dell' assegno di cura venga accreditato sul seguente conto corrente bancario o postale:

IBAN:

I	T																																					
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Intestato a:

In qualità di: _____

Cognome Nome

Luogo di nascita.....Provincia.....

Data di nascita.....Residenza.....

CAP.....Luogo.....Prov.....

Via/piazza Numero

Telefono Codice Fiscale.....

(in caso di conto corrente intestato a persona diversa dal beneficiario allegare decreto di nomina AdS)

- Che, con la presente, l'Ente liquidatore è sollevato da ogni responsabilità in caso di contenzioso tra eredi.

Castellammare di Stabia li

Firme dei dichiaranti

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

Alla presente allego documento di riconoscimento del dichiarante, del delegato e dei parenti firmatari.



COMUNE DI CASTELLAMMARE DI STABIA
Settore II – Area Servizi sociali e al cittadino
Pubblica Istruzione, Politiche Giovanili e Sport, Servizi Socio-Assistenziali
Ufficio di Piano, ex legge 328/2000 - Ambito N27

**All'Ufficio di Piano –Ambito N.27
Comune di Castellammare di Stabia**

**Al Servizio Sociale Professionale
del Comune di Castellammare di Stabia**

Consegna a mano

Oggetto: Programma Regionale Assegni di Cura e Voucher D.G.R.C. n. 70 del 22/02/2024-

Documentazione informativa con accettazione delle condizioni

SEZIONE BENEFICIARIO / CAREGIVER FAMILIARE /TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

IL/LASOTTOSCRITTO/ A: _____

Nato/a a: _____ Prov.: ____ Il ____ / ____ / ____ Stato: _____

Cittadinanza: _____ Documento di riconoscimento _____

Indicare il tipo (Patente, Carta identità, Passaporto) in corso di validità e allegare obbligatoriamente la copia alla presente istanza

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente a: _____

Indirizzo: _____ Telefono: _____

Mail: _____

In qualità di:

	beneficiario del programma Regionale Assegni di Cura e Voucher FNA 2022
	Familiare di riferimento/Caregiver di riferimento del Beneficiario (specificare nella tabella successiva);



COMUNE DI CASTELLAMMARE DI STABIA
Settore II – Area Servizi sociali e al cittadino
Pubblica Istruzione, Politiche Giovanili e Sport, Servizi Socio-Assistenziali
Ufficio di Piano, ex legge 328/2000 - Ambito N27

BENEFICIARIO

Compilare solo se diverso dal richiedente

Nome e Cognome: _____

Nato/a: _____ il _____ Prov.: _____ Stato: _____

Cittadinanza: _____ Documento di riconoscimento: _ _ _ _ _

Indicare il tipo (Patente, Carta identità, Passaporto) in corso di validità e allegare obbligatoriamente la copia alla presente istanza

Co. Fis.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente _____ Indirizzo: _____ Telefono: _____

Mail: _____

Visto il Programma Regionale “Assegni di Cura” di cui alla D.G.R.C. n. 70 de 22/02/2024 ;

Consapevole delle sanzioni, della decadenza e dell’eventuale azione di recupero del beneficio eventualmente conseguito in caso di dichiarazioni mendaci, non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del **D.P.R. n. 445 del 2000**;

DICHIARA:

- 1) di essere informato che l’Ufficio di Piano-Ambito N27 è titolare del trattamento e della conservazione dei dati personali nei propri archivi in conformità al D.Lgs 196/20203 e del Regolamento UE 2016/679 G.D.P.R.;
- 2) di essere consapevole che la documentazione relativa alla procedura sarà trasmessa agli Uffici Competenti, quali Guardia di Finanza, Agenzia delle Entrate, etc...;
- 3) di non essere beneficiario di altre misure di sostegno al reddito erogate dall’ Ambito per i non autosufficienti né con altri programmi assistenziali (progetto Dopo di Noi, Vita indipendente etc.), così come previsto dall’art.2 allegato B, della D.G.R.C. n. 70 de 22/02/2024;
- 4) che il rifiuto da parte del beneficiario/ caregiver all’assegnazione del 50% delle ore OSS - parte ASL- esonera il Comune di Castellammare di Stabia-Ambito N27 dalla Responsabilità della continuità assistenziale del P.A.I.;
- 5) che durante le attività di verifica e controllo della documentazione, le ore previste dal P.A.I. a carico dell’Ente Locale non saranno ripristinate;
- 6) che ogni variazione dello stato del beneficiario (ad esempio ricovero in strutture ospedaliere e/o sociosanitarie, decesso, etc) dovrà essere, da parte del familiare caregiver e/o il tutore giuridico, comunicato tempestivamente al Servizio Sociale Professionale, pena decadenza del beneficio economico e recupero coattivo di eventuali assegni illecitamente percepiti;
- 7) di essere a conoscenza che ai sensi della D.G.R.C. n. 70 del 22/02/2024 art. 4 e 4.1. che il caregiver e/o il tutore giuridico sono tenuti a rendicontare attraverso apposito modulo (Allegato 2) le spese sostenute allegando documentazione giustificativa;



COMUNE DI CASTELLAMMAREDI STABIA
Settore II – Area Servizi sociali e al cittadino
Pubblica Istruzione, Politiche Giovanili e Sport, Servizi Socio-Assistenziali
Ufficio di Piano, ex legge 328/2000 - Ambito N27

- 8) di impegnarsi a fornire documenti necessari a dare prova delle spese sostenute, fino alla concorrenza di almeno il 70% dell'importo dell'assegno, a pena di decadenza dal beneficio e restituzione delle somme percepite;
- 9) di essere a conoscenza che le percentuali relative agli importi, ai sensi della normativa vigente, sono quelle riportate nella tabella di seguito:

importo	70% dell' importo minimo da giustificare	restante 30%
720	504	216
792	554,4	237,6
1200	840	360
1320	924	396

- 10) di impegnarsi a trasmettere entro il giorno 5 del mese successivo al bimestre di riferimento liquidato, documentazione attestante le spese sostenute in un unico file esclusivamente in formato PDF, a mezzo mail/pec al seguente indirizzo: protocollo.stabia@asmepec.it; indicando nell'oggetto "FNA 2022 GIUSTIFICATIVI SPESA, NOME E COGNOME DEL BENEFICIARIO E BIMESTRE DI RIFERIMENTO DEI GIUSTIFICATIVI". Tale modalità di invio della documentazione sarà valida nelle more e fino alla configurazione di apposita funzione su piattaforma "Sicare";
- 11) di essere consapevole che in caso di erronea, mancata, tardiva e difforme giustificazione delle spese ammissibili, la liquidazione potrà essere sospesa al fine di permettere i dovuti controlli consentendone la regolare liquidazione dei restanti beneficiari che hanno ottemperato a quanto richiesto nei tempi stabiliti;
- 12) **qualora all'esito del primo controllo generale successivo al secondo bimestre, vi sia difformità tra i giustificativi prodotti (contratti, fatture ,etc...) e le spese ammissibili ai sensi della DGRC N.70 DEL 22/02/2024, l'erogazione del contributo economico sarà interrotta, con conseguente DECADENZA del beneficiario e sarà richiesta la restituzione di tutte le somme indebitamente percepite. Si precisa, altresì, che in caso di decadenza del beneficiario si procederà allo scorrimento di graduatoria.**

L'Ente liquidatore è sollevato da ogni responsabilità in caso di contenzioso tra Eredi.

Luogo e data _____

Firma _____



COMUNE DI CASTELLAMMARE DI STABIA
Settore II – Area Servizi sociali e al cittadino
Pubblica Istruzione, Politiche Giovanili e Sport, Servizi Socio-Assistenziali
Ufficio di Piano, ex legge 328/2000 - Ambito N27

INFORMATIVA PRIVACY

Gentile cittadino, la presente informativa è resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Generale UE sulla Protezione dei Dati personali (RGPD) e ha lo scopo di informarLa sulle modalità di trattamento dei Suoi dati personali che avverrà in base ai principi di liceità, correttezza e trasparenza.

1. Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è l'Ambito Territoriale N27 avente sede in Viale Europa,45 – Castellammare di Stabia(NA)
PEC: protocollo.stabia@asmepec.it

2. Finalità, base giuridica e durata del trattamento

I **dati personali** oggetto del trattamento sono: a) dati comuni (dati anagrafici, dati di contatto, informazioni relative al nucleo familiare, informazioni relativi all'attività lavorativa, dati fiscali); b) dati particolari ai sensi dell'art. 9 RGPD (dati sanitari).

La **finalità** del trattamento è l'erogazione del servizio da parte del Titolare del trattamento. Nel caso di rifiuto a comunicare i dati richiesti, non sarà possibile procedere con l'erogazione del servizio.

Per quanto riguarda le **basi giuridiche** su cui si fonda il trattamento, esse sono:

- Per il punto a), il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale a cui è soggetto il Titolare del trattamento e per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il Titolare stesso (art. 6, co.1, lett. C) e E) RGPD);
- Per il punto b), il trattamento è necessario per assolvere obblighi ed esercitare diritti del Titolare del trattamento o dell'Interessato in materia di diritto del lavoro e della sicurezza sociale e protezione sociale e per finalità di diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale o per la gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali (art. 9, co. 2, lett. B) e H) RGPD).

3. Durata del trattamento

I dati saranno conservati per tutto il tempo necessario alla realizzazione delle finalità riportate in Avviso e Istanza.

4. Destinatari dei dati

I dati possono essere comunicati a Enti, società o soggetti che svolgono attività di consulenza, fornitura o collaborazione con il Titolare del trattamento per la realizzazione della finalità di cui al punto 3) o che possono accedere ai dati in forza della normativa nazionale o europea. Tutti questi soggetti sono stati nominati Responsabili del trattamento il cui elenco è presente in sede.

5. Trasferimento dei dati

I dati sono conservati in server che hanno sede in Unione Europea.

6. Diritti degli Interessati

In quanto Interessato del trattamento, Lei può esercitare i seguenti diritti scrivendo al Titolare del trattamento o Responsabile della protezione dei dati agli indirizzi sopra indicati.

Diritto di accesso (art. 15 RGPD) - L'Interessato ha il diritto di ottenere dal Titolare del trattamento la conferma che sia o meno in corso un trattamento dei dati personali che lo riguardano e, in tal caso, di accedere ai dati personali e di essere informato su finalità e durata del trattamento, sulle categorie di dati personali oggetto del trattamento e gli eventuali destinatari e sui diritti che può esercitare.

Diritto di rettifica (art. 16 RGPD) - L'Interessato ha il diritto di ottenere dal Titolare del trattamento la rettifica dei dati personali inesatti che lo riguardano.

Diritto di cancellazione (art. 17 RGPD) - L'Interessato ha il diritto di ottenere dal Titolare del trattamento la cancellazione dei dati personali che lo riguardano senza ingiustificato motivo, a patto che non ricorrano specifici motivi.

Diritto di limitazione del trattamento (art. 18 RGPD) - L'Interessato ha il diritto di ottenere dal Titolare del trattamento la limitazione del trattamento quando: contesta l'esattezza dei suoi dati personali; il trattamento è illecito; per consentirgli di accertare, esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria; l'Interessato si è opposto al trattamento.

Diritto alla portabilità dei dati (art. 20 RGPD) - L'Interessato ha il diritto di ricevere dal Titolare del trattamento i dati personali che lo riguardano in un formato strutturato, di uso comune e leggibile e di trasmettere questi dati ad un altro Titolare del trattamento.

Diritto di opposizione (art. 21 RGPD) - L'Interessato ha diritto di opporsi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, compresa la profilazione

Diritto di proporre reclamo (art. 77 RGPD) - L'interessato ha diritto di proporre reclamo al Garante della protezione dei dati personali per lamentare una violazione della disciplina in materia e di richiedere quindi una verifica da parte dell'Autorità.

Castellammare di Stabia lì

Firma