

Allegato all'avviso "Domanda di ammissione - "Family Help"

QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE (PERSONA CHE NECESSITA DELL'INTERVENTO DI CONCILIAZIONE DEI TEMPI DI VITA E DI LAVORO)

Cognome _____ Nome _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

residente in _____ Comune afferente la Zona Sociale n. _____ Via / P.zza _____ n.° _____ CAP _____

domiciliato presso _____

CAP _____ tel. _____ cell. _____ Codice Fiscale _____

Indirizzo email _____

Stato civile¹ _____

Cittadinanza²:

cittadino italiano;

cittadino comunitario;

familiare extracomunitario di cittadini comunitari, titolari di carta di soggiorno o di diritto di soggiorno permanente n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____;

cittadino extracomunitario regolarmente soggiornante in Italia in possesso di carta di soggiorno n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____ o in caso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data _____;

titolare di *status* di rifugiato (indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data)

_____;

¹ Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a; Convivente secondo le normative vigenti.

² Italiana; Comunitaria; extracomunitaria in possesso di carta/permesso di soggiorno (ivi compresi i titolari di protezione internazionale, protezione umanitaria e richiedenti asilo), esclusi i titolari di visto di breve durata.



titolare di *status* di protezione sussidiaria _____;

Vista la determinazione n. _____ del _____ con la quale è stato pubblicato l'Avviso pubblico *"Family help: buoni servizio per prestazioni individuali di lavoro a domicilio per finalità di conciliazione di tempi di vita e di lavoro di persone e famiglie"*.

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, punite dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Considerato che il/la sottoscritto/a ha:

ha percepito contributo di € _____ a valere sull'avviso 'Family Help' anno 2018 a valere sul POR-FSE 2014-2020, emanato dal Comune di _____;

non percepito il contributo su avvisi 'Family Help' anno 2018 a valere sul POR-FSE 2014-2020, emanati dai Comuni della Regione Umbria;

CHIEDE

di essere ammesso a ricevere il contributo di € _____ (indicare l'importo nell'ammontare massimo³ di € 2.000,00) per la retribuzione di prestazioni di lavoro erogate da un prestatore di lavoro a domicilio per finalità di conciliazione di tempi di vita e di lavoro e, a tal fine, si impegna nell'ipotesi in cui faccia ricorso ad un rapporto di lavoro di cui all'art. 54 bis del Decreto Legge 24 aprile 2017 n. 50, convertito dalla legge n. 96 del 21/06/2017 ad avvalersi prioritariamente dei lavoratori iscritti all'elenco regionale "Family Helper" pubblicato sul portale regionale alla pagina <http://www.regione.umbria.it/sociale> e ad accettare le regole relative alla richiesta di erogazione delle prestazioni ai "family helper" come da allegato B) di cui all'avviso ex DD n. 5875 del 30/06/2016.

A tale fine

DICHIARA

³ Il contributo è di un massimo di € 2.000,00 salvo eventuale riduzione in presenza della fattispecie in cui il richiedente abbia già ottenuto il contributo a valere sull'avviso Family Help pubblicato dai Comuni della Regione Umbria nell'anno 2018. La riduzione è quantificata sulla base dell'importo già percepito.
(art.3, comma 4 e art. 4, commi 1 e 2 dell'avviso)





www.regione.umbria.it/sociale

QUADRO B – SITUAZIONE FAMILIARE:

Famiglia mono-genitoriale	SI	NO
---------------------------	----	----

QUADRO C – SITUAZIONE LAVORATIVA/ FORMATIVA (requisito per accedere all'intervento)

di essere titolare di un contratto di lavoro _____	4,
di svolgere un lavoro autonomo; _____	5
di essere iscritto ad un corso di formazione e/o di qualificazione professionale _____	6
di svolgere un tirocinio extra-curriculare _____	7
di svolgere pratica professionale _____	8
di svolgere pratica per l'accesso alle professioni ordinarie _____	9

QUADRO D – SITUAZIONE FAMILIARE - CARICO DI "CURA"¹⁰ (requisito per accedere all'intervento) :

⁴ Indicare il datore di lavoro: nome/ditta/ragione sociale e partita IVA/codice fiscale

⁵ Indicare partita Iva e iscrizione CCIA

⁶ Indicare il nome/ragione sociale del soggetto formatore e il nome del corso che si frequenta

⁷ Indicare il nome/ragione sociale e partita IVA/codice fiscale del soggetto presso il quale è svolto il tirocinio extra-curriculare e il nome del corso che si frequenta

⁸ Indicare il nome/ragione sociale e partita IVA/codice fiscale del soggetto presso il quale è svolta la pratica professionale

⁹ Indicare il nome/ragione sociale e partita IVA/codice fiscale del soggetto presso il quale è svolta la pratica



di trovarsi in una o più situazioni in cui si rende necessaria la "cura" di altre persone facenti parte del proprio nucleo familiare anagrafico, oppure, se non facenti parte del nucleo familiare anagrafico, almeno siano legate da vincolo di parentela o di affinità in linea retta, fino al 3° grado e collaterale fino al 2° grado, o di coniugio ovvero convivenza ai sensi della normativa vigente, **come previsto dall'art. 3 comma 1 lett. f)** dell'avviso pubblico quali :

■ presenza di 2 o più figli minori di 6 anni;

■ presenza di solo 1 figlio minore di 6 anni;

■ presenza di 2 o più figli minori, di età compresa fra 6 e 16 anni;

■ presenza di solo 1 figlio minore, di età compresa fra 6 e 16 anni;

■ presenza di 2 o più persone adulte bisognose di 'cura', fino a 64 anni di età;

■ presenza di solo 1 persona adulta bisognosa di 'cura', fino a 64 anni di età;

■ presenza di 2 o più persone anziane di età uguale o superiore a 65 anni, nei limiti cui all'art. 3, co. 4 lett. a) e b) dell'avviso pubblico;

■ presenza di solo 1 persona anziana di età uguale o superiore a 65 anni, nei limiti cui all'art. 3, co. 4 lett. a) e b) dell'avviso pubblico;

■ presenza di 2 o più persone con disabilità (ai sensi dell'art. 3 co.1 lett. f) punto 4 dell'avviso pubblico) handicap certificato ai sensi della L.104/92);

■ presenza di solo 1 persona con disabilità (ai sensi dell'art. 3 co.1 lett. f) punto 4 dell'avviso pubblico) handicap certificato ai sensi della L.104/92)

INOLTRE DICHIARA CHE

le persone cui si presta cura ai sensi dell'Avviso non fruiscono di servizi in strutture sociali,

¹⁰ Nel caso in cui, più persone di cui all' art. 3 comma 1 lettera f) dell'avviso pubblico, facciano parte dello stesso nucleo familiare può essere presentata una domanda riferita solo ad una di esse a pena di inammissibilità.



socio sanitarie e sanitarie a ciclo residenziale;

le persone cui si presta cura ai sensi dell'Avviso Pubblico *di selezione per la realizzazione di progetti di "domiciliarità per anziani non autosufficienti e per la riduzione della residenzialità* finanziato con risorse a valere sul POR FSE Umbria 2014-2020;

INOLTRE SI IMPEGNA A

comunicare la perdita/modifica dei requisiti di cui all'art. 3 comma 1 lett. e) e f) dell'avviso, nonché della residenza in uno dei Comuni della Regione Umbria;

comunicare, nel periodo intercorrente tra **la sottoscrizione dell'atto unilaterale d'impegno** e il termine di cui all'art. 4 comma 3, dell'avviso fatti o eventi che vanno ad incidere sull'utilizzabilità del contributo concesso.

QUADRO D – SITUAZIONE REDDITUALE COME DA CERTIFICAZIONE ISEE

inferiore a 5.000 euro

da 5.000,01 euro a 10.000,00 euro

da 10.000,01 euro a 15.000,00 euro

da 15.001,00 a 20.000,00 euro

da 20.001,00 euro a 25.000,00 euro

da 25.001,00 euro a 35.000,00 euro

da 35.001,00 euro a 40.000,00 euro

INFINE DICHIARA

di godere dei diritti civili e politici (*I cittadini stranieri devono godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza, fatta eccezione per i titolari dello status di rifugiato o dello status di protezione sussidiaria*).





www.regione.umbria.it/sociale

Di aver ricevuto l'informativa, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione della persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione della persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, le informazioni, i dati e le notizie e le dichiarazioni acquisite, di natura personale e sensibili, saranno trattati esclusivamente per l'espletamento e la erogazione del beneficio presso il Comune di Foligno in qualità di titolare e responsabile.

I dati sopra richiesti verranno trattati dal Comune di Foligno in qualità di titolare del trattamento. Il richiedente di cui al presente avviso ha il diritto di conoscere i propri dati utilizzati dal Titolare. Nel caso in cui i dati non fossero del tutto corretti, l'interessato ha il diritto di aggiornamento, di rettifica, di integrazione dei propri dati; l'interessato ha inoltre diritto. 7, di opporsi al trattamento nonché, in caso di violazione di legge, alla cancellazione, alla anonimizzazione e al blocco dei dati trattati

Data _____

Firma _____

Allegati:

- 1) certificazione ISEE in corso di validità ai sensi della normativa vigente;
- 2) certificazione attestante l'handicap ex l. 104/92 (per le persone bisognose di "cura" che ricadono in questa condizione);
- 3) copia documento di identità del richiedente sottoscrittore.
- 4) copia del permesso di soggiorno o del cedolino di rinnovo.



Comune di Foligno - Capofila Zona sociale n. 8