

ALLEGATO ALLA CIRCOLARE ASSESSORIALE N. 17 DEL 13/09/2018

Al titolare dell'assegno di cura

Sig. / Sig.ra _____

Via _____ N. _____

Città _____ C.A.P. _____

Oggetto: Comunicazione di riattualizzazione del patto di cura ai sensi di quanto previsto dal D.P. 589/2018.

Richiesta di dichiarazione di responsabilità ai sensi del D.P.R. 445/2000 in riferimento a :

Cognome _____ Nome _____ data di nascita ___/___/_____

La persona identificata in oggetto risulta attualmente beneficiaria del contributo economico ex.d.p. 545/2017. Al riguardo si comunica che l'importo dell'assegno varierà con decorrenza dal 1 Agosto 2018 e che sarà rideterminato in funzione di quanto previsto dal D.P.R.S. n. 589/2018.

Nel comunicare la possibilità di impiego del trasferimento monetario, con libera scelta, anche in forma combinata, fra tutte le opzioni previste dall'art. 9 comma 3, lettere a) b) c) d) della legge regionale 9 maggio 2017, n.8 (pubblicata nel S.O. n. 1 alla G.U.R.S. parte 1) n. 20 del 12 maggio 2017) si conferma che il beneficiario rimane soggetto a tutti i restanti obblighi sottoscritti nell'originario patto di cura.

In ottemperanza a quanto previsto dal D.P.R.S. n. 589/2018 si comunica altresì che dovrà essere fatta pervenire a questo Ufficio, entro 30 giorni dalla ricezione della presente nota, la dichiarazione di responsabilità allegata, debitamente firmata, compilata in ogni sua parte e completa degli allegati necessari per legittimare la firma del titolare della dichiarazione, con riguardo a eventuali poteri di rappresentanza del beneficiario.

Tale dichiarazione potrà essere fatta pervenire scegliendo fra una delle seguenti modalità:

- Lettera raccomandata A.R. all'indirizzo _____
- Posta Elettronica Certificata all'indirizzo PEC di questo ufficio : _____
- Consegna diretta a questo Ufficio, sito in _____ Via _____ n. _____
Che potrà avvenire nei seguenti giorni e orari di ricevimento:

In quest'ultimo caso sarà rilasciata ricevuta di avvenuta presentazione.

Si avverte altresì, con riferimento in particolare ai soggetti beneficiari **maggioresni** obbligati a compilare la parte relativa alla dichiarazione ISEE che, *ove tale dichiarazione non pervenisse entro il termine previsto*, questo Ufficio quantificherà il contributo monetario nella misura prevista per coloro i quali posseggono un INDICATORE ISEE socio/sanitario in corso di validità pari o superiore a 25.000 euro.

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, n. 445

Preso atto dell'avvenuta variazione delle modalità di attribuzione, ai sensi del Decreto del Presidente della Regione n.589/2018, del beneficio economico di cui è attualmente destinatario il/la Sig. / Sig.ra

1. _____ / _____ nato/a _____ il ___/___/_____

ai sensi dell'art. 47 del d.p.r.28 dicembre 2000,n.445, sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o produzione di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

2. Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il ___/___/_____

DICHIARA:

3. Che la persona generalizzata al precedente punto 1 (*da compilare solo se la persona generalizzata al precedente punto 1 E' MAGGIORENNE ALLA DATA DEL 31 LUGLIO 2018*) è in possesso di indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) socio-sanitario, in corso di validità, nella misura indicata con il segno "X" accanto a una delle due opzioni dichiarative sotto riportate:

ISEE SOCIO-SANITARIO IN CORSO DI VALIDITA' INFERIORE A 25.000 EURO

ISEE SOCIO-SANITARIO IN CORSO DI VALIDITA' PARI O SUPERIORE A 25.000 EURO

4. di optare, ai sensi della L.R. n. 8 del 9/5/2017 Art. 9 comma 3, anche in forma combinata, per la seguente modalità di utilizzo del contributo economico:

a) Soggetti accreditati di cui all'albo regionale delle Istituzioni socio-assistenziali pubbliche e private istituito ai sensi dell'articolo 26 della l.r. 9 maggio 1986, n.22 e ss.mm.ii.;

b) Operatori iscritti al registro pubblico degli Assistenti familiari istituito con decreto dell'Assessore regionale per la famiglia, le politiche sociali e il lavoro del 22 aprile 2010, ai sensi della l.r. 31 luglio 2003, n.10 e ss.mm.ii.;

c) Operatori OSA e OSS;

d) Caregiver è il/la Sig. / Sig.ra

_____ / _____ nato/a _____ il ___/___/_____

Si allega

- copia documento di identità personale del dichiarante.
- copia del titolo giuridico di rappresentanza posseduto dal dichiarante (procura generale, amministrazione di sostegno, tutela, etc) ad eccezione del genitore esercente la patria potestà in rappresentanza della persona generalizzata al punto 1

Luogo _____ data _____

IL DICHIARANTE

(FIRMA LEGGIBILE) _____

Il dichiarante si impegna a comunicare ogni variazione o eventuale decesso senza ritardo all'Ente erogatore della prestazione