COMUNE DI FIRENZE

ALLEGATO ALLA DOMANDA

CONTRIBUTO PER FAMILIARE CAREGIVER

Dichiarazione a cura della persona assistita

Anno 2026

Il/la sottoscritto/a…….

nato/a a…….…… il……..……..

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

residente a Firenze, all'indirizzo ……..…… CAP ……

tel./cell. ……./…….. email …….

PEC *(se disponibile)* ……

CHIEDE

di essere ammesso al contributo per familiare caregiver previsto dal Comune di Firenze, come da apposito disciplinare approvato con delibera della Giunta Comunale n. DG/2026/00462 e conseguente Avviso approvato con Determinazione Dirigenziale n. DD/2026/08859.
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 quanto riportato nelle seguenti sezioni A, B e C:

Sezione A)

1. di avvalersi, ai fini della propria permanenza a domicilio, dell'assistenza fornita dal familiare indicato alla successiva Sezione B) *(caregiver familiare);*
2. di possedere tutti i requisiti di ammissibilità della domanda e, in particolare *(contrassegnare la condizione che ricorre)*:
   - ☐ di essere persona anziani non autosufficiente in lista d'attesa per l'accesso al "Contributo di sostegno alle cure familiari" previsto nel Piano di Assistenza Personalizzato (PAP) dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)
   - ☐ di essere persona anziana non autosufficiente che ha beneficiato dell'analogo contributo nell'anno 2025, disciplinato con Deliberazione della Giunta n. DG/2025/00439;
3. in caso di ammissione all'erogazione del contributo, di rinunciare al contributo di sostegno alle cure familiari di cui al Regolamento delle prestazioni sociali e sociosanitarie per la domiciliarità in favore della popolazione anziana in condizione di fragilità o di non autosufficienza (approvato con Delibera Assemblea dei Soci della Società della Salute di Firenze n. 3/2016 e s.m.i.) e previsto dal Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP) definito in suo favore dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM);
4. di avere preso atto e accettare integralmente i criteri e le condizioni di erogazione del contributo sanciti dal disciplinare approvato con delibera della Giunta Comunale

n. DG/2026/00462 e dalla conseguente Determinazione Dirigenziale del Comune di Firenze n. DD/2026/08859;

5. di non disporre di un assistente personale/familiare *(badante)* addetto all'assistenza alla persona anziana non autosufficiente di riferimento per l'accesso alla prestazione stessa;
6. di essere consapevole che la concessione del contributo comunale è incompatibile con la fruizione, nell'anno solare 2026, per un periodo superiore a 90 giorni, delle seguenti ulteriori prestazioni eventualmente previste dal PAP predisposto dall'UVM: ricovero in RSA, contributo per assistenti familiari;
7. di essere consapevole che il contributo è condizionato all'effettiva permanenza a domicilio della persona anziana beneficiaria per almeno 270 giorni nell'arco dell'anno solare 2026;
8. di autorizzare il familiare indicato come caregiver alla successiva Sezione B) a presentare la domanda di contributo tramite l'apposito servizio online attivato dal Comune allegando la presente dichiarazione e riportando i dati nella stessa forniti di cui sia richiesta l'indicazione.

Sezione B) che il familiare della cui assistenza si avvale *(familiare caregiver)* è:

Cognome e Nome .....

nato/a a …… il ……

Codice Fiscale …….. e residente

a ….…… indirizzo ……CAP……...

rapporto di parentela: ☐ coniuge – ☐ figlio/figlia – ☐ fratello/sorella – ☐ nipote

☐ nuora – ☐ genero

Sezione C), ai fini della determinazione dell'importo del contributo* *(indicare una delle due seguenti alternative)*

❑ di essere in possesso di attestazione ISEE in corso di validità *(Si farà riferimento all'ISEE per prestazioni sociosanitarie e all'ultima dichiarazione ISEE in corso di validità rilasciata in data antecedente a quella della presente domanda. Qualora risultino segnalate **omissioni o difformità nell'attestazione ISEE** di cui sopra, la domanda sarà accoglibile solo se corredata di documentazione atta a dimostrare la completezza e veridicità dei dati indicati nella dichiarazione ISEE. Ad esempio, nel caso in cui venga segnalata l'omissione di un conto corrente, può essere presentata un'attestazione della banca circa l'inesistenza di quel conto nell'anno di riferimento)*

(usare il punto successivo solo in caso di indisponibilità dell'attestazione ISEE e di imminente scadenza dei termini per la presentazione della presente domanda)

❑ che è stata rilasciata da se stesso/a o altro componente del proprio nucleo familiare definito ai fini ISEE, in data _____, all'INPS, a un CAF o ad altro intermediario autorizzato la dichiarazione sostitutiva unica (DSU) per la determinazione dell'ISEE e di essere in attesa della relativa attestazione.

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 stabiliti, ivi inclusa la decadenza o la revisione dal beneficio concesso

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

Accredito su conto corrente intestato a *(indicare cognome e nome intestatario conto)*:

……..

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Banca **……**

IBAN:

INFORMATIVA PRIVACY – Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR - General Data Protection Regulation) n.2016/679 e dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003

Il Comune di Firenze, in qualità di titolare (con sede in Palazzo Vecchio – Piazza della Signoria, IT-50122 - P.IVA 01307110484; PEC: protocollo@pec.comune.fi.it; Centralino: +39 055055), tratterà i dati personali conferiti con modalità prevalentemente informatiche e telematiche, per le finalità previste dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR), in particolare per l'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri, ivi incluse le finalità di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici.
Il conferimento dei dati presenti nei campi contrassegnati da asterisco è obbligatorio e il loro mancato inserimento non consente di completare la procedura di concessione della prestazione da parte del Comune. Per contro, il rilascio dei dati presenti nei campi non contrassegnati da asterisco, pur potendo risultare utile per agevolare i rapporti con il Comune, è facoltativo e la loro mancata indicazione non pregiudica il completamento della procedura di concessione della prestazione.
I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario all'erogazione della prestazione e, successivamente alla conclusione del procedimento o del servizio erogato, i dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
I dati saranno trattati esclusivamente dal personale e da collaboratori del Comune e di altri enti pubblici eventualmente coinvolti nella presa in carico sociosanitaria. Al di fuori di queste ipotesi i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi, se non nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea
Il Sub-Titolare del trattamento è il Dirigente del Servizio Sociale Amministrativo, con sede in Viale De Amicis 21, 50127 Firenze (PEC: direzione.servizisociali@pec.comune.fi.it).
Gli interessati hanno il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del GDPR). L'apposita istanza è presentata contattando il Responsabile della protezione dei dati presso il Comune (Comune di Firenze - Responsabile della Protezione dei dati personali, Palazzo Medici Riccardi Via Cavour n.1, 50129 Firenze - email: rpdprivacy@comune.fi.it).
Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

SOTTOSCRIZIONE DELLA DOMANDA E DELLE DICHIARAZIONI*

Il sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'articolo 76 del DPR n. 445/2000, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e delle conseguenze previste dall'articolo 75 del medesimo decreto, relative alla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti sulla base della dichiarazione mendace, dichiara di aver compilato la presente dichiarazione composta da n. 4 pagine e che quanto in esse espresso è vero ed è accertabile ai sensi dell'articolo 43 del citato decreto, ovvero documentabile su richiesta dell'Amministrazione Comunale.
Dichiara, altresì, di essere a conoscenza che, nel caso di erogazione della/e prestazione/i richiesta/e, sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'articolo 71 del suddetto DPR n. 445/2000.

_____ _____ _____

(Luogo) (Data) **(FIRMA del dichiarante)**

❑ Dichiarazione resa in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale (barrare la casella se ricorre il caso).

Indicare i dati anagrafici della persona che dichiara in nome e per conto del soggetto incapace

Cognome …….…….. Nome ……

Comune o stato estero di nascita ……..…. Prov. ..……..

data di nascita …….. Comune di residenza ……..…….

Prov. …… CAP …… Indirizzo e n. civico ……..……..

in qualità di procuratore/tutore/amministratore di sostegno nominato dal ……..…..…….

..……..…..…… con provvedimento n. ……..…… del ……

❑ Dichiarazione resa nell'interesse del soggetto che si trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio o, in mancanza di questo, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante (barrare la casella se ricorre il caso).

Il sottoscritto (pubblico ufficiale) riceve la dichiarazione firmata da.

Cognome …….…….. Nome ……

Comune o stato estero di nascita ……..…. Prov. ..……..

data di nascita …….. Comune di residenza ……..…….

Prov. …… CAP …… Indirizzo e n. civico ……..……..

della cui identità si è accertato tramite il seguente documento ……...

Il Pubblico Ufficiale ……..…..

(timbro e firma per esteso)

❑ Dichiarazione resa da chi non sa o non può firmare e raccolta dal pubblico ufficiale previo accertamento dell'identità del dichiarante (barrare la casella se ricorre il caso)

Il sottoscritto (pubblico ufficiale) riceve la dichiarazione del Sig. ……..……...

……. della cui identità si è accertato tramite il seguente documento…….……

…….……...

Il Pubblico Ufficiale …….…….……..

(timbro e firma per esteso)