

www.regione.umbria.it/sociale

**Allegato all'Avviso 1b) "Domanda di ammissione – "Family Help"
CUPI69I17000140009.**

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*) _____;
 titolare di *status* di protezione sussidiaria _____;

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

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.

Vista la Determinazione del Responsabile n. 87 del 28/01/2019 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", ex DGR n. 1562/2018 .

Vista la Determinazione del Responsabile n. _____ con la quale sono stati riaperti i termini di presentazione delle domande per l'Avviso pubblico "Family Help".

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 non ha percepito il contributo sui precedenti avvisi 'Family Help' 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 massimo 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



QUADRO B – SITUAZIONE FAMILIARE:

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Famiglia mono-genitoriale <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
|---|-----------------------------|-----------------------------|

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

| | |
|---|----|
| <input type="checkbox"/> di essere titolare di un contratto di lavoro | 3, |
| <input type="checkbox"/> di svolgere un lavoro autonomo | 4 |
| <input type="checkbox"/> di essere iscritto ad un corso di formazione e/o di qualificazione professionale | 5 |
| <input type="checkbox"/> di svolgere un tirocinio extra-curriculare | 6 |
| <input type="checkbox"/> di svolgere pratica professionale | 7 |
| <input type="checkbox"/> di svolgere pratica per l'accesso alle professioni ordinarie | 8 |

- 3 Indicare il datore di lavoro: nome/ditta/ragione sociale e partita IVA/codice fiscale
- 4 Indicare partita Iva e iscrizione CCIA
- 5 Indicare il nome/ragione sociale del soggetto formatore e il nome del corso che si frequenta
- 6 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
- 7 Indicare il nome/ragione sociale e partita IVA/codice fiscale del soggetto presso il quale è svolta la pratica professionale
- 8 Indicare il nome/ragione sociale e partita IVA/codice fiscale del soggetto presso il quale è svolta la pratica

QUADRO D – SITUAZIONE FAMILIARE - CARICO DI “CURA”⁹ (requisito per accedere all’intervento) :

- 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 bisognose 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)

www.regione.umbria.it/sociale

⁹ 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.

INOLTRE DICHIARA CHE

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

www.regione.umbria.it/sociale



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*).

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 Spoleto in qualità di titolare e responsabile.

I dati sopra richiesti verranno trattati dal Comune di Marsciano, Capofila della Zona Sociale n.4, 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 Legge 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.