



Unione Europea
Fondo Sociale Europeo



Ministero del Lavoro
e delle Politiche
Sociali



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



PROVINCIA DI CAGLIARI
PROVINCIA DE CASTEDDU



FSE 2007-2013
POR
SARDEGNA
obiettivo competitività regionale e occupazione

4) di possedere lo stato civile di:

Coniugato/convivente

Separato/a

Divorziato/a

Celibe/Nubile

Vedovo/a

5) Che il proprio nucleo familiare anagrafico, compreso il sottoscritto, è composto da:

N	Cognome e Nome	Data di Nascita	Luogo di Nascita	Grado di parentela con il/la dichiarante	Stato civile

6) di avere un reddito ISEE

da € 20.000,00 a € 25.000,00

da € 15.000,00 a € 20.000,00

Inferiore a € 15.000,00

7) Di essere lavoratore/trice con contratto atipico: (descrivere tipologia contrattuale)

oppure di essere:

inoccupato/a – disoccupato/a iscritto/a al Centro Servizi di _____
ai sensi del D.Lgs. n. 181/00 e ss.mm.ii.



Unione Europea
Fondo Sociale Europeo



Ministero del Lavoro
e delle Politiche
Sociali



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



PROVINCIA DI CAGLIARI
PROVINCIA DE CASTEDDU



FSE 2007-2013
POR
SARDEGNA
obiettivo competitività regionale e occupazione

8) di avere in corso:

- attività di formazione –(percorso formativo o tirocinio formativo e di orientamento) -*specificare*

- borsa Lavoro - *specificare*

9) di avere responsabilità di cura e assistenza nei confronti di persona parente o affine fino al terzo grado compreso ai sensi degli artt. 74-75 e seguenti del codice civile, domiciliato presso l'abitazione del/la sottoscritto/a:

- minore di anni 0-14** (compreso i minori affidati o adottati conviventi)

- *specificare l'età* _____

- anziano non autosufficiente** di età superiore ai 65 anni riconosciuto invalido al 100%

con indennità di accompagnamento

senza indennità di accompagnamento

- persona con disabilità grave** (ai sensi dell'art. 3 comma 3, della legge 104/92)

con indennità di accompagnamento

10) che l'attività di cura e assistenza è rivolta a:

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Via _____

domiciliato/a in _____ Via _____

- Parente Affine - Grado di parentela 1° 2° 3°



Unione Europea
Fondo Sociale Europeo



Ministero del Lavoro
e delle Politiche
Sociali



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



PROVINCIA DI CAGLIARI
PROVINCIA DE CASTEDDU



FSE 2007-2013

POR
SARDEGNA
obiettivo competitività regionale e occupazione

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Via _____

domiciliato/a in _____ Via _____

Parente Affine - Grado di parentela 1° 2° 3°

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Via _____

domiciliato/a in _____ Via _____

Parente Affine - Grado di parentela 1° 2° 3°

11) Di richiedere il Voucher per l'acquisto dei seguenti servizi:

per minore (da 0 a 14 anni):

nido di infanzia *costo € _____ mensili

**il servizio è erogato da: _____

scuola materna *costo € _____ mensili

**il servizio è erogato da: _____

ludoteca *costo € _____ mensili

**il servizio è erogato da: _____

educatore domiciliare *costo € _____ mensili

**il servizio è erogato da: _____



Unione Europea
Fondo Sociale Europeo



Ministero del Lavoro
e delle Politiche
Sociali



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



PROVINCIA DI CAGLIARI
PROVINCIA DI CASTEDDU



FSE 2007-2013
POR
SARDEGNA
obiettivo competitività regionale e occupazione

centro diurno *costo € _____ mensili

**il servizio è erogato da: _____

attività sportive *costo € _____ mensili

**il servizio è erogato da: _____

altro (specificare) _____

*costo € _____ mensili

**il servizio è erogato da: _____

* (se non si conosce il costo effettivo del servizio riportare il costo presunto)

** (se trattasi di persona fisica indicare nominativo e qualifica; se ditta/coop. indicare intestazione, ragione sociale ed estremi dell'autorizzazione al funzionamento)

per persona assistita anziano non autosufficiente:

centro diurno *costo € _____ mensili

**il servizio è erogato da: _____

servizi di cura e assistenza a domicilio *costo € _____ mensili

**il servizio è erogato da: _____

altro (specificare) _____ *costo € _____ mensili

**il servizio è erogato da: _____

* (se non si conosce il costo effettivo del servizio riportare il costo presunto)

** (se trattasi di persona fisica indicare nominativo e qualifica; se ditta/coop. indicare intestazione, ragione sociale ed estremi dell'autorizzazione al funzionamento)



Unione Europea
Fondo Sociale Europeo



Ministero del Lavoro
e delle Politiche
Sociali



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



PROVINCIA DI CAGLIARI
PROVINCIA DI CASTEDDU



per persona con disabilità grave:

(ai sensi dell'art.3 comma 3, della legge 104/92)

centro diurno *costo € _____ mensili

**il servizio è erogato da: _____

servizi di cura e assistenza a domicilio *costo € _____ mensili

**il servizio è erogato da: _____

altro (specificare) _____ *costo € _____ mensili

**il servizio è erogato da: _____

* (se non si conosce il costo effettivo del servizio riportare il costo presunto)

** (se trattasi di persona fisica indicare nominativo e qualifica; se ditta/coop. indicare intestazione, ragione sociale ed estremi dell'autorizzazione al funzionamento)

12) di non essere percettore dei contributi di seguito elencati:

- Ore Preziose (Bando Regionale Interventi a favore delle famiglie per la conciliazione dei tempi di lavoro con la cura familiare – POR FSE 2007-2013 Asse I Obiettivo operativo B1 – Linea di attività 3);
- Ritornare a casa (Legge Regionale 4/2006 art. 17 comma 1);
- Interventi Immediati (Fondo Regionale per la non autosufficienza / Legge Regionale n. 2 del 29/05/2007, art. 34 comma 4 lettera a);
- Assegni erogati dalla Regione per il transito dei Comuni di Assistenza domiciliare indiretta al disabile, in situazione di particolare gravità ai sensi delle Leggi 104/92; 162/98.
-

13) di allegare la seguente documentazione:

1. certificazione rilasciata dal CAF attestante il reddito familiare annuo calcolato con il metodo ISEE percepito nell'anno 2010 in originale;
2. Fotocopia documento d'identità in corso di validità del richiedente;

Inoltre

lavoratori con contratto atipico:

- Fotocopia ultima busta paga che dimostri la data di assunzione, la tipologia di contratto, l'impegno orario (se il rapporto è con Enti pubblici o gestori di pubblici servizi è sostituita dall'autocertificazione);

Inoccupati - disoccupati che abbiano in corso attività di formazione (percorsi formativi o tirocinio formativo e di orientamento) o borsa lavoro::

- Certificato che attesti la frequenza del percorso formativo o di un tirocinio o borsa lavoro, in originale o copia autenticata (se il rapporto è con Enti pubblici o gestori di pubblici servizi è sostituita dall'autocertificazione);



Unione Europea
Fondo Sociale Europeo



Ministero del Lavoro
e delle Politiche
Sociali



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



PROVINCIA DI CAGLIARI
PROVINCIA DI CASTEDDU



FSE 2007-2013
POR
SARDEGNA
obiettivo competitività regionale e occupazione

soggetti richiedenti con responsabilità di cura e assistenza nei confronti di un soggetto anziano non autosufficiente o diversamente abile, parente o affine fino al terzo grado compreso:

- Verbale della commissione medica, in originale o copia autenticata, per l'accertamento dell'invalidità civile attestante la condizione di non autosufficienza (invalidità al 100% con o senza indennità di accompagnamento) riferito alla persona assistita anziana ultrasessantacinquenne;
- Verbale della Commissione Medica, in originale o copia autenticata, attestante la condizione di disabilità in condizione di gravità ai sensi dell' art. 3 comma 3 L.104/92 con indennità di accompagnamento riferito alla persona assistita disabile - nel caso di sindrome di down è sufficiente il certificato del medico di base

14) di essere consapevole che, ai fini della continuità del Voucher, i requisiti dichiarati e accertati dovranno permanere per il periodo complessivo di erogazione dello stesso e di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione concernente la presente dichiarazione (la mancanza di dette comunicazioni, laddove gli accertamenti di ufficio dimostrino una situazione modificata, comporterà la decadenza del Voucher ed ogni altra eventuale azione e sanzione conseguenti alla natura dell'omissione stessa).

15) di essere consapevole che, ai sensi delle disposizioni contenute nel D.P.R. n.445/2000, la Provincia potrà procedere al controllo sulla veridicità delle dichiarazioni e della documentazione presentate in ogni momento della durata del progetto (qualora venissero accertate dichiarazioni mendaci o atti falsi conseguiranno la decadenza dal beneficio eventualmente assegnato e gli effetti penali di cui agli artt. 75 e 76 del citato D.P.R.)

_____ li _____

Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dal D.Lgs 196/03 sulla tutela dei dati personali, la Provincia si impegna ad utilizzare i dati di cui alla presente dichiarazione-domanda esclusivamente per la gestione del progetto Conciliando. A tal fine, con la sottoscrizione della presente, si formula il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della legge sopra citata nei soli limiti sopra specificati. Il responsabile del trattamento dei dati personali è il Dirigente del Settore Lavoro, nei confronti della quale il soggetto interessato può esercitare tutti i diritti previsti dal D.Lgs 196/03.

_____ li _____

Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)