



“Domanda di ammissione – “Family Help”

Al Comune di _____
 P.zza/Via _____

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.7, 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 DGC 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 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 massimo⁵ 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	SI	NO
---------------------------	----	----

⁵ 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)



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

<input type="checkbox"/> di essere titolare di un contratto di lavoro _____	_____6;
<input type="checkbox"/> di svolgere un lavoro autonomo; _____	_____7
<input type="checkbox"/> di essere iscritto ad un corso di formazione e/o di qualificazione professionale _____	_____8
<input type="checkbox"/> di svolgere un tirocinio extra-curriculare _____	_____9
<input type="checkbox"/> di svolgere pratica professionale _____	_____10
<input type="checkbox"/> di svolgere pratica per l'accesso alle professioni ordinarie _____	_____11

⁶ Indicare il datore di lavoro: nome/ditta/ragione sociale e partita IVA/codice fiscale

⁷ Indicare partita Iva e iscrizione CCIA

⁸ Indicare il nome/ragione sociale del soggetto formatore e il nome del corso che si frequenta

⁹ 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

¹⁰ Indicare il nome/ragione sociale e partita IVA/codice fiscale del soggetto presso il quale è svolta la pratica professionale

¹¹ Indicare il nome/ragione sociale e partita IVA/codice fiscale del soggetto presso il quale è svolta la pratica



QUADROD – SITUAZIONE FAMILIARE - CARICODI “CURA”¹² (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)

¹² 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 20.000,0 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*).
- 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 Gubbio in qualità di titolare e responsabile.

I dati sopra richiesti verranno trattati dal Comune Gubbio 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.



INVESTIAMO NEL TUO FUTURO

Allegato all'avviso 'Report attività'

REPORT DELLE ATTIVITA' SVOLTE DAL FAMILY HELPER

Il/La sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____

(riportare i dati di chi ha presentato la domanda)

Nato/a a _____ il _____ Codice Fiscale _____

Residente a _____ in Via _____

CAP _____ Tel./Cell. _____ Email _____

in qualità di beneficiario del contributo erogato dal Comune di _____ a valere sul POR Umbria FSE 2014-2020 ed in esito all' 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*".

DICHIARA

che a fronte del contributo assegnato di cui sopra, il/la sig./sig.ra _____ codice fiscale

_____ *(inserire i dati del family helper)* assunto/a con:

- contratto di lavoro già consegnato al Comune di _____;
- "Libretto famiglia" la cui documentazione è già in possesso del Comune di _____;

ha prestato l'attività lavorativa nel rispetto di quanto previsto dall'Avviso pubblico sopra indicato, svolgendo prevalentemente _____ le _____ seguenti _____ attività:

_____ *(descrivere brevemente le attività)*

Nel periodo:

dal _____ (giorno) _____ (mese) _____ (anno)

al _____ (giorno) _____ (mese) _____ (anno)

Nei giorni:

_____ (giorno) _____ (mese) _____ (anno) _____

_____ li ____ / ____ / _____

Firma del destinatario (datore di lavoro)

Firma del Family Helper per adesione



I dati sono trattati nel rispetto del Reg. (UE) 2016/679 “Regolamento del Parlamento europeo relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)”