



Moduli per Istruttoria n. 4:

- A. Istanza per la concessione di contributi finalizzati alla regolarizzazione e qualificazione del lavoro di cura prestato da assistenti familiari;
- B. Modulo per istruttoria della richiesta di contributi finalizzati alla regolarizzazione e qualificazione del lavoro di cura prestato da assistenti familiari;
- C. Scheda per il calcolo del punteggio attribuito al richiedente i contributi finalizzati alla regolarizzazione e qualificazione del lavoro di cura prestato da assistenti familiari, ad uso dell'Ufficio di Piano;
- D. Patto tra il beneficiario e l'operatore del Servizio Sociale del Comune di residenza per l'impegno a favorire la qualificazione professionale dell'assistente familiare.



ALLEGATO A

Addì ___ / ___ / ____
Prot. _____

Al Comune di _____

ISTANZA PER LA CONCESSIONE DI CONTRIBUTI FINALIZZATI ALLA REGOLARIZZAZIONE E QUALIFICAZIONE DEL LAVORO DI CURA PRESTATO DA ASSISTENTI FAMILIARI

IO SOTTOSCRITTA/O (nome e cognome) _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ Prov. _____ Via/P.zza _____ n. _____

domiciliato nel Comune di _____ Prov. _____ Via/P.zza _____ n. _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefonon fisso _____ Telefono mobile _____

Inoltro istanza per la concessione di contributi finalizzati alla regolarizzazione e qualificazione del lavoro di cura prestato da assistenti familiari

PER ME STESSO (apporre una crocetta)

PER IL SEGUENTE FAMILIARE (nome e cognome) _____

tipo di parentela con il richiedente (ad es. moglie, figlio, ecc) _____

nata/o a _____ Prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ Prov. _____ Via/P.zza _____ n. _____

domiciliato nel Comune di _____ Prov. _____ Via/P.zza _____ n. _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ai fini della concessione del contributo per la regolarizzazione delle Assistenti Familiari, consapevole della responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge in materia di false attestazioni e dichiarazioni mendaci, ai sensi della Legge 15/05/97 n. 127 e successive modifiche e integrazioni,

DICHIARO

che la situazione del candidato alla percezione del contributo per la regolarizzazione delle assistenti familiari è compatibile con i Criteri per l'erogazione stabiliti dal Distretto Sociale Est Milano.

Nello specifico dichiaro quanto segue:



- La competente commissione Socio Sanitaria, in data __ / __ / ____, ha accertato il Suo stato di **INVALIDITA' CIVILE** con diritto a percepire l'indennità di accompagnamento (allego copia del verbale di accertamento rilasciato dall'ASL);
- L' **ISEE** (Indicatore della Situazione Economico Equivalente) del nucleo familiare anagrafico del candidato alla percezione, valido fino al giorno __ / __ / ____, è inferiore o uguale al valore di € 30.000 (allego copia dell'ISEE impegnandomi al rinnovo dello stesso ed alla tempestiva consegna al competente Servizio Sociale, pena la sospensione dell'erogazione);
- La composizione del **NUCLEO FAMILIARE** anagrafico del candidato è la seguente :
 - Anziano/disabile solo
 - Anziano/disabile con familiare con riconosciuta invalidità superiore ai 2/3 (allegare certificazione)
 - Anziano/disabile con familiare con riconosciuta invalidità inferiore ai 2/3 (allegare certificazione)
 - Anziano/disabile con un solo familiare o assimilato autosufficiente
 - Anziano/disabile con più familiari o assimilati autosufficienti

Allego copia del verbale di invalidità di altro familiare (nel caso di presenza di altri soggetti cui sia stato riconosciuto uno stato di invalidità);

INOLTRE

- In qualità di richiedente, mi impegno a segnalare tempestivamente al Servizio Sociale Professionale qualsiasi variazione delle dichiarazioni rese che riguardino eventuali modificazioni della situazione familiare e/o della situazione economica del beneficiario e/o della situazione socio sanitaria;
- Al fine di agevolare il lavoro del Servizio Sociale Professionale rendo noti, previo Loro consenso, i nominativi e i riferimenti di tutti i familiari del candidato entro il primo grado di parentela (coniugi, genitori figli e, in assenza di questi, eventuali nipoti):

nome e cognome _____ tipo di parentela _____ telefono _____
via/p.zza _____ comune _____ prov. _____ c.a.p. _____

nome e cognome _____ tipo di parentela _____ telefono _____
via/p.zza _____ comune _____ prov. _____ c.a.p. _____

nome e cognome _____ tipo di parentela _____ telefono _____
via/p.zza _____ comune _____ prov. _____ c.a.p. _____

nome e cognome _____ tipo di parentela _____ telefono _____
via/p.zza _____ comune _____ prov. _____ c.a.p. _____

nome e cognome _____ tipo di parentela _____ telefono _____
via/p.zza _____ comune _____ prov. _____ c.a.p. _____

nome e cognome _____ tipo di parentela _____ telefono _____
via/p.zza _____ comune _____ prov. _____ c.a.p. _____

nome e cognome _____ tipo di parentela _____ telefono _____
via/p.zza _____ comune _____ prov. _____ c.a.p. _____

- In caso di accoglimento dell'istanza, scelgo la seguente modalità di accreditamento dei benefici economici (apporre una crocetta):



Allegato B

Addì ___ / ___ / ____ (indicare la data di apertura dell'istruttoria) Comune di _____

AS referente (compilatore) _____ tel. _____

Amministrativo referente _____ tel. _____

ISTRUTTORIA PER LA CONCESSIONE DEI CONTRIBUTI PER LA REGOLARIZZAZIONE E QUALIFICAZIONE DELLA POSIZIONE LAVORATIVA DELLE ASSISTENTI FAMILIARI

CANDIDATO BENEFICIARIO (nome e cognome) _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ Prov. _____ Via/P.zza _____ n. _____

domiciliato nel Comune di _____ Prov. _____ Via/P.zza _____ n. _____

se diverso dal candidato beneficiario indicare il

RICHIEDENTE (nome e cognome) _____

tipo di parentela/rapporto con il beneficiario (ad es. moglie, figlio, dipendente, ecc) _____

nata/o a _____ Prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ Prov. _____ Via/P.zza _____ n. _____

domiciliato nel Comune di _____ Prov. _____ Via/P.zza _____ n. _____

La composizione del **NUCLEO FAMILIARE** di abituale residenza (domicilio) del candidato beneficiario:

Coincide con quella anagrafica (di cui si allega stato di famiglia);

Non coincide con quella anagrafica e, di fatto, convive con i seguenti soggetti:

nome e cognome _____ tipo di parentela _____



ALLEGATO C

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO DI PIANO SOCIALE

ISTRUTTORIA RELATIVA AL SIG. /SIG.RA _____

PUNTEGGIO PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA:

1) VALORE ISEE

[fino a 20 punti]

ISEE fino da 0 a € 4.500,00	Punti	20
ISEE compreso fra € 4.500,01 e € 9.000,00	Punti	15
ISEE compreso fra € 9.000,01 e € 13.500,00	Punti	10
ISEE compreso fra € 13.500,01 e € 18.000,00	Punti	6
ISEE compreso fra € 18.000,01 e € 22.500,00	Punti	3

SCADENZA ISEE ___ / ___ / _____

2) COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE ANAGRAFICO

[fino a 15 punti]

Anziano/disabile solo	Punti	15
Anziano/disabile con familiare con riconosciuta invalidità >2/3	Punti	12
Anziano/disabile con familiare con riconosciuta invalidità <2/3	Punti	9
Anziano/disabile con un solo familiare o assimilato autosufficiente	Punti	6
Anziano/disabile con più familiari o assimilati autosufficienti	Punti	3

3) PUNTEGGIO TOTALE (1 + 2)

=

Punti	
--------------	--

il soggetto ha diritto a percepire un contributo dell'importo di € _____ ;

il soggetto entra in graduatoria con decorrenza ___ / ___ / _____ ;

NOTE;

Data ___ / ___ / 2010



Allegato D

Patto di sostegno alla qualificazione professionale

Il nucleo familiare beneficiario dei contributi per la regolarizzazione dell' assistente/i familiare/i

si impegna a;

1. favorire la partecipazione degli assistenti familiari a corsi di formazione ed aggiornamento in ambito socio-assistenziale e socio-sanitario.
2. Rendersi disponibile alle visite dell'Assistente Sociale del Comune di residenza per la verifica delle dichiarazioni fornite in fase di istruttoria per la concessione del contributo.
3. Rendersi disponibile a colloqui e visite di eventuali servizi di tutoring, a carico del Distretto Sociale Est Milano, per "l'accompagnamento formativo" dell'assistente familiare al domicilio del beneficiario, finalizzato alla corretta esecuzione delle prestazioni socio-assistenziali fornite.
4. Fornire al Distretto Sociale Est Milano fotocopia degli estremi del contratto stipulato con l'Assistente Familiare.
5. Fornire con cadenza trimestrale fotocopia dei versamenti contributivi dell'assistente assunto.
6. Informare tempestivamente il servizio sociale del Comune di residenza di eventuali variazioni che comportino la modifica o il venir meno dei requisiti di accesso ai contributi.

Data

Firma del beneficiario del servizio

Firma dell'Assistente Sociale
del Comune di residenza

.....

.....

Allegare all'istanza di contributo i seguenti documenti comprovanti l'identità dell'assistente familiare che si vuole regolarizzare;

- Fotocopia documento di identità.
- Nel caso di persone straniere, fotocopia Permesso o Carta di soggiorno in corso di validità.