

REGIONE LOMBARDIA

Domanda di accesso al contributo relativo alla misura “Bonus assistenti familiari”

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETA’
(Art. 46 e 47, D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)

Il/la richiedente in qualità di datore di lavoro che ha sottoscritto un contratto stipulato con l'assistente familiare (selezionare la scelta):

- datore di lavoro che coincide con la persona assistita;
- datore di lavoro diverso dalla persona assistita (*altro componente della famiglia vulnerabile con presenza di persona fragile, non obbligatoriamente convivente*):
- convivente non convivente

Il/la richiedente:

_____ **Nome** _____ e _____ **Cognome** _____

Cod. fiscale _____

Iban _____

Residente in _____

in Via _____ **CAP** _____ **Provincia** _____

Documento di identità in corso di validità (carta di identità o documento equipollente ai sensi dell'art. 35 c. 2 del D.P.R. 445/2000)

Tipologia _____ **Numero** _____

con scadenza il _____

Telefono _____ **e-mail** _____

Compilare la seguente sezione solo se la persona assistita non coincide con il datore di lavoro:

Dati della persona assistita:

_____ **Nome** _____ e _____ **Cognome** _____
Cod. fiscale _____
Residente in _____
in Via _____ **CAP** _____ **Provincia** _____

CHIEDE

di poter beneficiare del contributo per la misura "Bonus assistenti familiari"

A TAL FINE DICHIARA

- di aver sottoscritto un contratto di assunzione di Assistente familiare con caratteristiche di cui all'art. 7 della l.r. 15/2015 e successivi provvedimenti attuativi, alla signora/signore _____ ed aver inviato all'INPS la "Denuncia rapporto di lavoro domestico";
- di essere residente in Lombardia da almeno 5 anni;
- di possedere un ISEE in corso di validità, rilasciato ai sensi del D.P.C.M. 159/2013 uguale o inferiore a € 25.000,00
Indicare:
 - la data _____ di rilascio;
 - il numero identificativo _____;
 - il valore pari a _____;
- di non aver avuto sentenze passate in giudicato per reati contro la persona, tra cui gli atti persecutori di cui al decreto – legge 23 febbraio 2009, n. 38, nonché per i delitti di cui agli articoli 570 e 572 del codice penale;
- che la persona assistita è residente in Lombardia da almeno 5 anni (da compilare se il richiedente non coincide con la persona assistita).

Il/la richiedente dichiara inoltre, al fine dell'applicazione dell'indicatore Fattore Famiglia Lombardoⁱ, che il nucleo familiare di cui fa parte:

- è composto da n. _____ figli;
- vive in un'abitazione gravata da un mutuo per l'acquisto della stessa (*trattasi dell'abitazione principale*);
- risiede in regione Lombardia da un periodo uguale o maggiore a 7 anni;

- comprende alcune persone anziane (età maggiore o uguale a 65 anni compiuti) oltre alla persona assistita;
 - comprende una donna in accertato stato di gravidanza;
 - comprende almeno una persona con disabilità o in condizioni di non autosufficienza oltre alla persona assistita;
-
- di essere a conoscenza che, in caso di falsità in atti e/o di dichiarazioni mendaci, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, secondo quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445, nonché alla revoca del beneficio eventualmente conseguito sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 del citato D.P.R. n° 445/2000;

A TALE SCOPO ALLEGA

- copia del contratto di lavoro dell'Assistente Familiare, copia della "Denuncia rapporto di lavoro domestico" all'INPS nonché il "Prospetto riassuntivo dei contributi dovuti" redatto dall'INPS (trattasi di documento che evidenzia gli importi calcolati in base alle ore lavorate ed alla retribuzione comunicata mediante la Denuncia all'INPS);
- copia dell'eventuale contratto di mutuo per l'acquisto dell'abitazione (da allegare solo se si richiede anche la quota relativa al Fattore Famiglia Lombardo- FFL).

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Titolare del trattamento dati

Ai sensi dell'articolo 28 del Regolamento UE 679/2016 il titolare del trattamento dei dati è la Giunta regionale della Lombardia, nella persona del Presidente pro tempore, con sede in Piazza Città di Lombardia, 1- 20124 Milano.

Responsabili esterni del Trattamento sono:

- gli Ambiti territoriali dei Comuni nella persona del loro Legale Rappresentante;
- Lombardia Informatica S.p.A., con sede in via T. Taramelli n. 26- Milano nella persona del Legale Rappresentante.

La domanda non richiede il pagamento dell'imposta di bollo in quanto esente ai sensi dell'art. 8 del DPR 642/1972 "Disciplina dell'imposta di bollo".

Luogo e data _____

Firma del richiedente

In caso di firma in originale cartaceo è necessario allegare copia del documento di identità in corso di validità.

ⁱ Per accedere al beneficio aggiuntivo del FFL il datore di lavoro e la persona assistita (nel caso siano persone diverse) devono essere componenti dello stesso nucleo familiare dove sono presenti ulteriori situazioni di fragilità.