



## COMUNE DI VOGHERA

Provincia di Pavia

PIANO DI ZONA AMBITO DISTRETTUALE VOGHERA E COMUNITÀ MONTANA OLTREPÒ PAVESE

**BANDO PER L'ASSEGNAZIONE DEL CONTRIBUTO PREVISTO DAL FONDO PER IL SOSTEGNO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE - D.G.R. N. 4443/2021.**

### FINALITÀ

Il presente bando disciplina l'erogazione del contributo previsto dal Fondo per il sostegno di cura e assistenza del caregiver familiare secondo quanto previsto dalla D.G.R. N. 4443/2021.

### DESTINATARI E REQUISITI DI ACCESSO ALLA MISURA

Sono destinatari del contributo le persone in possesso dei seguenti requisiti:

- persone in carico alla Misura B2 (D.G.R. n. 4138/2020) per tre mesi consecutivi nel corso dell'esercizio FNA 2021;
- con presenza del caregiver familiare.

Possono presentare domanda per l'ottenimento del contributo le persone residenti nei Comuni di: Bagnaria, Borgo Priolo, Borgoratto Mormorolo, Brallo di Pregola, Casei Gerola, Cecima, Codevilla, Colli Verdi, Corana, Cornale e Bastida, Godiasco Salice Terme, Menconico, Montalto Pavese, Montesegale, Ponte Nizza, Retorbido, Rivanazzano Terme, Rocca Susella, Romagnese, Santa Margherita di Staffora, Silvano Pietra, Torrazza Coste, Val di Nizza, Varzi, Voghera, Zavattarello.

### STANZIAMENTO

Con Decreto della Direzione Generale Famiglia, Solidarietà sociale, Disabilità e Pari opportunità n. 6033 del 6.05.2021 sono stati assegnati al Piano di Zona dell'ambito distrettuale Voghera e Comunità Montana Oltrepò Pavese € 24.702,36.

### MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE E PROCEDURA DI ASSEGNAZIONE

La domanda di assegnazione del contributo dovrà essere predisposta utilizzando il modulo allegato al presente Bando (All. 1A), corredata da ogni idonea documentazione e dichiarazione.

La domanda può essere presentata dal 2 al 22 Novembre 2021:

- presso il Comune di residenza;
- tramite posta al seguente indirizzo: Comune di Voghera, Ufficio Protocollo, Piazza Duomo n. 1, 27058, Voghera;
- tramite e-mail al seguente indirizzo: [protocollo@comune.voghera.pv.it](mailto:protocollo@comune.voghera.pv.it);
- tramite pec al seguente indirizzo: [protocollo@cert.comune.voghera.pv.it](mailto:protocollo@cert.comune.voghera.pv.it).

Sarà cura del richiedente consegnare la domanda compilata in ogni sua parte e corredata dagli allegati richiesti.

In caso di parità di valore ISEE si tiene conto dell'ordine cronologico di presentazione della domanda.

L'assegnazione del contributo è determinata dalla posizione occupata in graduatoria e dalla disponibilità del budget.

#### ENTITÀ DEL CONTRIBUTO

Il contributo una tantum è pari ad € 300,00.

#### CONTROLLI

Sulle dichiarazioni sostitutive uniche presentate in ordine alla richiesta del beneficio saranno effettuati controlli.

Qualora dai controlli emergano abusi o false dichiarazioni, l'Ufficio di Piano adotta ogni misura utile a sospendere e/o revocare e recuperare i benefici concessi.

## PIANO DI ZONA AMBITO DISTRETTUALE VOGHERA E COMUNITÀ MONTANA OLTREPÒ PAVESE

All'Ufficio di Piano - Comune di Voghera  
Ambito Distrettuale Voghera e Comunità Montana Oltrepò Pavese

DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEL CONTRIBUTO PREVISTO DAL FONDO PER IL  
SOSTEGNO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE - D.G.R. N. 4443/2021

Il/la sottoscritto/a (cognome) .....(nome) .....

nato/a: ..... il ..... codice fiscale.....

residente a ..... in Via ..... n ..... CAP.....Prov. di.....

in qualità di (specificare il tipo di parentela con l'eventuale beneficiario) .....

Recapito telefonico (indicare sempre uno o più numeri di telefono specificando a chi corrispondono):

Tel. .... / ..... Sig. ....

Tel. .... / ..... Sig. ....

**CHIEDE L'ASSEGNAZIONE DEL CONTRIBUTO**

**Per compensazione delle prestazioni di assistenza assicurate dal care giver familiare**

**Destinatario dell'assistenza:**

Sig./sig.ra (cognome).....(nome) .....

nato/a: ..... il ..... codice fiscale.....

residente a ..... in Via ..... n ..... CAP.....Prov. di.....

Medico di famiglia..... Grado Invalidità .....

**Care giver:**

Sig./sig.ra (cognome).....(nome) .....

nato/a: ..... il ..... codice fiscale.....

residente a ..... in Via ..... n ..... CAP.....Prov. di.....

Grado di parentela .....

A tal fine dichiara:

- di essere in carica alla Misura B2 (D.G.R. n. 4138/2020) per tre mesi consecutivi nel corso dell'esercizio FNA 2021.

In caso di assegnazione, l'erogazione del contributo sarà effettuato con bonifico bancario o postale intestato al titolare del Buono

BANCA ..... filiale .....

C/C n. .... intestato a .....

CODICE IBAN .....

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_