

CONTRIBUTO PER ASSISTENZA AI FAMILIARI RICOVERATI PRESSO RSA

DESTINATARI

Lavoratori dipendenti iscritti agli Enti Bilaterali del Terziario o del Turismo della provincia di Como che abbiano familiari (entro il secondo grado di parentela: coniuge, genitori, figli, fratello, sorella) non autosufficienti ricoverati presso una residenza sanitaria assistenziale (RSA).

IMPORTO DEL CONTRIBUTO

Euro 500,00 – ammissibile una sola domanda nell'anno solare per nucleo familiare – il contributo è erogato per le sole spese di vitto e alloggio, con espressa esclusione delle spese sanitarie.

PERIODO DI COMPETENZA

Dal 1 gennaio 2020 al 31 dicembre 2020.

REQUISITI DI AMMISSIBILITA'

Familiare (entro il secondo grado di parentela: coniuge, genitori, figli, fratello, sorella) non autosufficiente ricoverato presso una residenza sanitaria assistenziale (RSA).

Reddito familiare ISEE del familiare ricoverato presso RSA pari o inferiore a euro 16.000/anno.

Reddito familiare ISEE del richiedente non superiore a euro 24.000,00/anno.

TERMINE DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Entro il 20 gennaio 2021.

CONDIZIONI GENERALI

- Per beneficiare del contributo l'azienda di appartenenza del richiedente deve essere iscritta agli Enti Bilaterali del Terziario o del Turismo della provincia di Como ed essere in regola con il versamento dei contributi dovuti, riferiti ad almeno i dodici mesi precedenti la data di presentazione della domanda.
- L'evasione delle domande avviene seguendo l'ordine cronologico di presentazione. L'Ente Bilaterale competente eroga il contributo sino ad esaurimento dei fondi in dotazione per l'anno in corso. Domande aventi la stessa data di presentazione e per le quali non vi sia dotazione sufficiente di fondi per l'integrale soddisfazione saranno evase in percentuale sui fondi disponibili. Le domande non evase non possono essere ripresentate per gli esercizi successivi.
- In caso di richiesta di più prestazioni da parte di uno stesso lavoratore non saranno accettate più di tre domande all'anno e il relativo contributo massimo annuo erogabile non potrà superare l'importo di euro 1.000,00.
- Le domande devono essere firmate in originale e complete in ogni parte. Domande incomplete, non firmate in originale o prive degli allegati necessari non saranno accettate.
- Le domande devono essere presentate: tramite raccomandata A/R o tramite posta elettronica certificata (PEC) o mediante consegna a mano.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

(N.B. sono accettate dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà esclusivamente da richiedenti che hanno presentato analogo certificato rilasciato da Pubblica Amministrazione nel corso dell'anno 2019)

- copia di idonea documentazione attestante ricovero del familiare presso RSA e le spese sostenute per vitto e/o alloggio
- copia di idonea documentazione attestante il rapporto di parentela entro il secondo grado
- copia della attestazione ISEE del nucleo familiare del richiedente e del familiare ricoverato
- copia della carta d'identità personale e del codice fiscale del richiedente
- copia degli ultimi tre prospetti paga percepiti dal richiedente

AVVERTENZA

Le erogazioni degli Enti Bilaterali sono soggette a imposizione fiscale: pertanto devono essere inserite nella dichiarazione dei redditi personale.

CONTRIBUTO PER ASSISTENZA AI FAMILIARI RICOVERATI PRESSO RSA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

cognome e nome _____

residente in _____ prov. _____

via _____ n. _____ telefono _____

e-mail _____ pec _____

IN QUALITA' DI DIPENDENTE DELLA DITTA / SOCIETA'

ragione sociale _____

con sede legale in _____ prov. _____

via _____ n° _____

codice fiscale _____ telefono _____

fax _____ e-mail _____

PRESENTA DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI

contributo previsto per aspettativa non retribuita per assistenza ai familiari

A tal fine allega (**sono accettate dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà esclusivamente da soggetti che hanno presentato analogo certificato rilasciato da Pubblica Amministrazione nel corso dell'anno 2019**):

- copia di idonea documentazione attestante ricovero del familiare presso RSA e spese sostenute per vitto e/o alloggio;
- copia di idonea documentazione attestante il rapporto di parentela entro il secondo grado;
- copia della attestazione ISEE del nucleo familiare del richiedente e del familiare ricoverato presso RSA;
- copia della carta d'identità personale e del codice fiscale del richiedente;
- copia degli ultimi tre prospetti paga percepiti.

MODALITA' DI EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO

Si chiede che in caso di accettazione della domanda il contributo sia erogato tramite

BONIFICO BANCARIO BANCA _____

IBAN _____

INTESTATARIO _____

DATA _____ / _____ / _____

LOCALITA' _____

FIRMA LEGGIBILE

Informativa sintetica per il trattamento dei dati personali - art.13 Reg. UE 2016/679

I Suoi dati personali sono da noi trattati per comunicare con Lei ed erogare il contributo richiesto, in modo conforme alla normativa vigente e alla nostra Privacy Policy, che La invitiamo a consultare all'indirizzo www.entibilateralico.it. Il conferimento dei dati è facoltativo; tuttavia in mancanza di consenso al trattamento, non ci sarà possibile erogare il contributo richiesto.

I suoi dati personali non saranno oggetto di diffusione. Potranno essere comunicati ad amministrazioni, organismi ed Enti Pubblici, in ragione di espresse disposizioni normative (es. Agenzia delle Entrate) e a professionisti o aziende nostri fornitori o consulenti, al fine di erogare il contributo richiesto e adempiere ai vigenti obblighi amministrativi, contabili, fiscali. Saranno conservati per il tempo strettamente necessario a dare esecuzione all'erogazione richiesta e adempiere gli obblighi di legge correlati e, in caso di suo consenso, per i cinque anni successivi. Eventuali dati particolari (sensibili) da lei riportati saranno trattati con consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche al fine di fornire specifici beni, prestazioni o servizi, ai sensi dell'art 9 comma 2 lett. a) del RGPD 679/2016. I dati personali non saranno oggetto di trasferimento al di fuori dell'UE, nel rispetto del Capo V del Regolamento Europeo 679/2016. Per qualsiasi ulteriore informazione potrà rivolgersi al Titolare del Trattamento, a seconda della scelta pertinente, Ente Bilaterale del Terziario di Como oppure Ente Bilaterale del Turismo della provincia di Como – via Ballarini 12 - 22100 Como – tel. 031 2441 – e-mail: info@entibilateralico.it o al Responsabile per la Protezione dei Dati Personali Sig. Massimo Bruno contattabile agli stessi riferimenti. A tali soggetti Lei potrà rivolgersi in qualsiasi momento per esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento ex Capo III RGPD 679/2016, in particolare il diritto di chiedere conferma dell'esistenza di dati personali e di accedervi, il diritto di chiederne l'integrazione, la rettifica, l'aggiornamento, la cancellazione, il diritto di opporsi al loro trattamento o di limitarlo per motivi legittimi, nonché il diritto di chiederne copia in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da un dispositivo automatico. Lei ha altresì il diritto di revocare il consenso prestato in qualsiasi momento, senza che ciò rechi pregiudizio alla liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. È possibile inoltre, presentare un reclamo all'autorità Garante della Privacy ai sensi degli Artt. 77 e ss Capo VIII del RGPD 679/2016.

Consenso informato

Il/La sottoscritto/a, _____ acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento, in qualità di interessato:

per la rilevazione e trattamento di dati particolari / sensibili Presta il consenso Nega il consenso

per la conservazione dei dati per 5 anni a partire dalla data di ricevimento dell'erogazione Presta il consenso Nega il consenso

richiesta

Data _____ / _____ / _____

FIRMA LEGGIBILE