

# FONDAZIONE CARICENTRO ETS

Sede: Via Generale Alberto Dalla Chiesa, 13 - 50127 Firenze - C.F. 94340070484 - Iscritta al RUNTS al n. 14423

## DOMANDA DI CONTRIBUTO

### Area Sostegno Sociale

(Art. 4 Statuto - Art. 8 Regolamento Interno - Art. 5 comma 1 lett. u) D.Lgs. 117/2017)

#### SEZIONE A - DATI DEL RICHIEDENTE (SOCIO CARICENTRO ETS)

Cognome e Nome:	
Codice Fiscale:	
Luogo e data di nascita:	
Residenza (via, n., CAP, Comune):	
Telefono / Cellulare:	
Email / PEC:	
N. Tessera CARICENTRO ETS:	
Data iscrizione CARICENTRO ETS:	(requisito: almeno 12 mesi)

#### SEZIONE B - DATI DEL BENEFICIARIO (se diverso dal richiedente)

- ☐ Il beneficiario coincide con il richiedente (passare alla Sezione C)
- ☐ Il beneficiario è persona diversa dal richiedente (compilare i dati seguenti)

Cognome e Nome:	
Codice Fiscale:	
Luogo e data di nascita:	
Residenza:	
Rapporto con il socio richiedente:	<input type="checkbox"/> Coniuge / Convivente more uxorio <input type="checkbox"/> Figlio/a minorenn <input type="checkbox"/> Figlio/a maggiorenne studente <input type="checkbox"/> Figlio/a maggiorenne con disabilità <input type="checkbox"/> Genitore non autosufficiente <input type="checkbox"/> Parente entro il 2° grado (specificare): _____ <input type="checkbox"/> Affine entro il 1° grado (specificare): _____
Fiscalmente a carico del socio:	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO

# FONDAZIONE CARICENTRO ETS

Sede: Via Generale Alberto Dalla Chiesa, 13 - 50127 Firenze - C.F. 94340070484 - Iscritta al RUNTS al n. 14423

## SEZIONE C - TIPOLOGIA DI CONTRIBUTO RICHIESTO

(Barrare la casella corrispondente - è possibile selezionare più voci)

<b>EMERGENZE SANITARIE</b> <input type="checkbox"/> Spese mediche non coperte da SSN <input type="checkbox"/> Spese mediche non coperte da assicurazione <input type="checkbox"/> Acquisto ausili/protesi <input type="checkbox"/> Cure riabilitative <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare sanitaria <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____	<b>CRISI OCCUPAZIONALE</b> <input type="checkbox"/> Perdita del lavoro <input type="checkbox"/> Riduzione orario/reddito <input type="checkbox"/> Cassa integrazione <input type="checkbox"/> Licenziamento <input type="checkbox"/> Mancato rinnovo contratto <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____
<b>EMERGENZA ABITATIVA</b> <input type="checkbox"/> Contributo canone affitto <input type="checkbox"/> Contributo utenze (luce, gas, acqua) <input type="checkbox"/> Spese condominiali arretrate <input type="checkbox"/> Rischio sfratto <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____	<b>ASSISTENZA ANZIANI</b> <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare <input type="checkbox"/> Retta RSA / Casa di riposo <input type="checkbox"/> Badante / caregiver <input type="checkbox"/> Trasporti sanitari <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____
<b>SUPPORTO MINORI</b> <input type="checkbox"/> Spese scolastiche <input type="checkbox"/> Attività educative <input type="checkbox"/> Attività sportive <input type="checkbox"/> Attività culturali <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____	<b>EVENTI CRITICI</b> <input type="checkbox"/> Decesso familiare <input type="checkbox"/> Infortunio grave <input type="checkbox"/> Separazione/divorzio <input type="checkbox"/> Calamità naturale <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____

## SEZIONE D - SITUAZIONE ECONOMICA DEL NUCLEO FAMILIARE

Valore ISEE in corso di validità:	€ _____ (max € 30.000,00)
Anno di riferimento ISEE:	
N. componenti nucleo familiare:	
Reddito complessivo nucleo (ultimo 730/Unico):	€ _____
Proprietà immobiliari nucleo:	<input type="checkbox"/> Nessuna proprietà <input type="checkbox"/> Prima casa (valore catastale € _____) <input type="checkbox"/> Altri immobili (specificare): _____
Percepisce indennità accompagnamento:	<input type="checkbox"/> SÌ €/mese: _____ <input type="checkbox"/> NO
Percepisce altri contributi pubblici:	<input type="checkbox"/> SÌ (specificare): _____ <input type="checkbox"/> NO

SEZIONE E - DESCRIZIONE DELLA SITUAZIONE E MOTIVAZIONE

(Descrivere dettagliatamente la situazione di bisogno e le motivazioni della richiesta)

Situazione suscettibile di miglioramento nel tempo:	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non prevedibile
Importo complessivo del contributo richiesto:	€ _____
Tipologia contributo richiesto:	<input type="checkbox"/> Una tantum <input type="checkbox"/> Continuativo

## SEZIONE F - DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

*(Barrare i documenti allegati - la documentazione incompleta comporta sospensione dell'istruttoria)*

### **DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA:**

- ☐ Copia documento identità richiedente in corso di validità
- ☐ Copia codice fiscale richiedente
- ☐ Attestazione ISEE in corso di validità
- ☐ Autocertificazione stato di famiglia (Allegato 1)
- ☐ Copia ultima dichiarazione dei redditi (Mod. 730 o Unico)

### **DOCUMENTAZIONE SPECIFICA PER TIPOLOGIA:**

*Per spese sanitarie:*

- ☐ Certificazione medica attestante patologia/diagnosi
- ☐ Preventivi/fatture spese sanitarie
- ☐ Documentazione di non copertura

*Per crisi occupazionale:*

- ☐ Lettera licenziamento / cessazione rapporto
- ☐ Attestazione INPS stato disoccupazione
- ☐ Comunicazione cassa integrazione

*Per emergenza abitativa:*

- ☐ Contratto di locazione registrato
- ☐ Bollette/fatture utenze
- ☐ Eventuale atto di intimazione sfratto

*Per assistenza anziani:*

- ☐ Certificazione invalidità / non autosufficienza
- ☐ Preventivo/fattura RSA o assistenza domiciliare
- ☐ Contratto badante regolarmente registrato

### **ALTRA DOCUMENTAZIONE:**

- ☐ Altro (specificare): \_\_\_\_\_
- ☐ Altro (specificare): \_\_\_\_\_

## SEZIONE G - DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE

*(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)*

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

### **DICHIARA**

- a) di essere socio dell'Associazione CARICENTRO ETS da almeno 12 mesi;
- b) che le spese sanitarie non sono state coperte da forme di previdenza pubblica e/o privata ed assicurativa;
- c) che le informazioni fornite nella presente domanda e negli allegati corrispondono a verità;
- d) che il nucleo familiare è composto come indicato e che l'ISEE dichiarato è veritiero;
- e) di non aver reso false dichiarazioni in precedenti richieste alla Fondazione;
- f) di non essere inadempiente su precedenti erogazioni della Fondazione;
- g) di non trovarsi in situazioni di conflitto di interesse con la Fondazione, i suoi organi o componenti;
- h) di non aver riportato condanne penali per reati contro il patrimonio o la persona;
- i) di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione dichiarata;
- j) di impegnarsi a produrre la rendicontazione dell'utilizzo del contributo entro i termini previsti;
- k) di autorizzare la Fondazione a effettuare verifiche e controlli sulla veridicità delle dichiarazioni.

# FONDAZIONE CARICENTRO ETS

Sede: Via Generale Alberto Dalla Chiesa, 13 - 50127 Firenze - C.F. 94340070484 - Iscritta al RUNTS al n. 14423

## INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(ai sensi del Regolamento UE 2016/679 - GDPR e del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.)

**TITOLARE DEL TRATTAMENTO:** Fondazione Caricentro ETS, con sede in Firenze, Via Generale Alberto Dalla Chiesa n. 13, nella persona del legale rappresentante pro tempore.

**FINALITÀ DEL TRATTAMENTO:** I dati personali sono trattati esclusivamente per: (a) valutazione e istruttoria della domanda di contributo; (b) erogazione del contributo; (c) monitoraggio e rendicontazione; (d) adempimento di obblighi di legge; (e) eventuale recupero di somme indebitamente erogate.

**BASE GIURIDICA:** Il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico (art. 6.1.e GDPR) e per l'adempimento di obblighi legali (art. 6.1.c GDPR). Per i dati relativi alla salute, il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico rilevante (art. 9.2.g GDPR).

**CATEGORIE DI DATI:** Dati anagrafici, dati di contatto, dati economici e patrimoniali, dati relativi alla salute (ove necessari per la valutazione), dati relativi alla composizione del nucleo familiare.

**DESTINATARI:** I dati potranno essere comunicati a: organi della Fondazione competenti per l'istruttoria e deliberazione; Organo di Controllo; soggetti pubblici per adempimenti di legge; professionisti e consulenti per assistenza legale/contabile. I dati non saranno diffusi.

**CONSERVAZIONE:** I dati saranno conservati per 10 anni dalla conclusione del procedimento o, in caso di contenzioso, fino alla definizione dello stesso. I dati relativi a domande non accolte saranno conservati per 5 anni.

**DIRITTI DELL'INTERESSATO:** L'interessato ha diritto di: accedere ai propri dati; ottenere rettifica o cancellazione; limitare il trattamento; opporsi al trattamento; portabilità dei dati; proporre reclamo al Garante Privacy. Per esercitare i diritti: [privacy@fondazionecaricentro.it](mailto:privacy@fondazionecaricentro.it)

**CONFERIMENTO DATI:** Il conferimento dei dati è obbligatorio per la valutazione della domanda. Il mancato conferimento comporta l'impossibilità di procedere all'istruttoria.

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a, presa visione dell'informativa sopra riportata:

☐ PRESTA IL CONSENSO al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli relativi alla salute, per le finalità indicate nell'informativa.

☐ PRESTA IL CONSENSO alla comunicazione dei propri dati ai soggetti indicati nell'informativa.

## DATA E FIRMA

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o mendaci, conferma quanto dichiarato nella presente domanda e negli allegati.

Luogo e data:	Firma leggibile del richiedente:
<hr/>	<hr/>

# FONDAZIONE CARICENTRO ETS

Sede: Via Generale Alberto Dalla Chiesa, 13 - 50127 Firenze - C.F. 94340070484 - Iscritta al RUNTS al n. 14423

## SEZIONE RISERVATA ALLA FONDAZIONE - NON COMPILARE

Protocollo n.:	Data ricezione:
Istruttoria a cura di:	Data completamento istruttoria:
Organo deliberante:	Data delibera n.:
Esito: <input type="checkbox"/> Accolto <input type="checkbox"/> Parz. accolto <input type="checkbox"/> Rigettato	Importo deliberato: €
Note:	

\* \* \*

*La domanda, debitamente compilata e sottoscritta, corredata della documentazione richiesta, deve essere inviata a mezzo PEC all'indirizzo [fondazionecaricentro@pec.it](mailto:fondazionecaricentro@pec.it) oppure consegnata a mano presso la sede della Fondazione. Per informazioni: [segreteria@fondazionecaricentro.it](mailto:segreteria@fondazionecaricentro.it) - Tel. 055 6503961*