

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 minorenne <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)

EMERGENZE SANITARIE <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): _____	CRISI OCCUPAZIONALE <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): _____
EMERGENZA ABITATIVA <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): _____	ASSISTENZA ANZIANI <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): _____
SUPPORTO MINORI <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): _____	EVENTI CRITICI <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

FONDAZIONE CARICENTRO ETS

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

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

FONDAZIONE CARICENTRO ETS

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

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

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:
_____	_____
_____	_____

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 oppure consegnata a mano presso la sede della Fondazione. Per informazioni: segreteria@fondazionecaricentro.it - Tel. 055 6503961