Allegato G – Modello istanza per destinatarie

Progetto

"Voucher di cura residenzialità per la conciliazione tempi di vita, cura e lavoro. Donne in equilibrio: tempi di vita di cura e di lavoro"

realizzato con il cofinanziamento dell'Unione europea con le risorse del Programma nazionale Giovani, donne e lavoro Fse+ 2021-2027 a titolarità della Direzione Generale delle politiche attive del lavoro, dei servizi per il lavoro e degli incentivi all'occupazione del MLPS

SOSTEGNO ECONOMICO ALLE

DONNE CON FAMILIARI OSPITI IN STRUTTURE RESIDENZIALI

SOCIO-SANITARIE E SOCIALI (L.R. 21/2016 e s.m.i.) DELLE AREE DI UTENZA "ANZIANI", "DISABILITÀ" E "SALUTE MENTALE"

(Attuazione decreto regionale n. 33 del 20 ottobre 2026 e n. 35 del 22 ottobre 2026)

ISTANZA DI CONTRIBUTO

ALL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE n. 12

Codice CUP ATS 12: **D71C26000130007**

La sottoscritta:

Cognome: _____

Nome: _____

Codice Fiscale: _____

Data di nascita: _____ età _____

Comune di residenza: _____ Prov. (____)_____

Indirizzo: _____

Telefono / Email/pec: _____

CHIEDE

di poter accedere al contributo previsto dall'avviso pubblico approvato dalla Regione Marche con decreto n. 33 del 20.10.2026 e n. 35 del 22.10.2026.

E ai sensi degli articoli 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n.445, consapevole delle sanzioni penali previste dagli articoli 75 e 76 del medesimo D.P.R. n.445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

Dichiara

quanto segue:

1) di essere in possesso del seguente titolo di studio:

- ☐ 0 Nessun titolo di studio
- ☐ 1000 Licenza Elementare
- ☐ 2000 Licenza Media
- ☐ 3000 Titolo di Istruzione Secondaria Superiore (scolastica ed extra-scolastica) che non permette l'accesso all'università (qualifica di istituto professionale, licenza di maestro d'arte, abilitazione all'insegnamento nella scuola materna, diploma di danzatore, diploma di conservatorio)
- ☐ 4000 Diploma di Istruzione Secondaria Superiore che permette l'accesso all'università
- ☐ 5060 Istruzione Artistica (AFAM)
- ☐ 5070 Diploma terziario extra-universitario: diploma di scuola superiore per interprete e traduttore
- ☐ 5080 Diploma terziario extra-universitario: diploma di scuola di archivistica paleografia e diplomatica
- ☐ 5098 Diploma terziario extra-universitario: diploma di Istituto Tecnico Superiore (ITS)
- ☐ 5099 Diploma terziario extra-universitario: altri diplomi extra-universitari
- ☐ 6000 Diploma universitario
- ☐ 7100 Laurea di primo livello - Nuovo ordinamento (corsi di 3 anni)
- ☐ 7200 Diploma di laurea - Vecchio ordinamento (corsi di 4/6 anni)

☐ 7300 Laurea specialistica a ciclo unico - Nuovo ordinamento (corsi di 5/6 anni)

☐ 7400 Laurea specialistica - Nuovo Ordinamento (corsi di secondo livello di 2 anni)
☐ 8100 Master universitario di primo livello
☐ 8200 Master universitario di secondo livello
☐ 8300 Diploma di specializzazione
☐ 9000 Titolo di dottore di ricerca

2) di essere nella seguente condizione sul mercato del lavoro:

☐ 01 In cerca di prima occupazione
☐ 02 Occupato (compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica e chi è in CIG)
☐ 03 Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione (o iscritto alle liste di mobilità)
☐ 05 Inattivo diverso da studente (casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in servizio di leva o servizio civile, in altra condizione)

in caso di condizione di: (01) in cerca di prima occupazione o (03) disoccupato alla ricerca di una nuova occupazione, indicare la durata della ricerca di lavoro:
☐ 01 Fino a 6 mesi (<=6)
☐ 02 Da più di 6 mesi a 12 mesi
☐ 03 Oltre 12 mesi (>12)

Da compilare in caso di donne disoccupate:
□ Che mi impegno a fornire l'immediata disponibilità a svolgere un'attività lavorativa (DID) presentata al Centro per l'Impiego, in caso di assegnazione del contributo;

Da compilare solo per le donne inattive:
□ Che mi impegno a sottoscrivere il Patto di Servizio presso il Centro per l'Impiego territorialmente competente in caso di assegnazione del contributo;

3) Che il proprio reddito ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) in corso di validità riferito al nucleo familiare di appartenenza individuato ai sensi della normativa vigente in materia, è di euro _____;

4) Che il pagamento della retta o parte di essa per il familiare ospite in struttura residenziale:

□ è da me sostenuto tramite pagamento diretto della fattura a me intestata (o co-intestata);
□ è da me sostenuto tramite pagamento diretto della fattura intestata alla PIS
□ è da me sostenuto tramite bonifico sul conto della PIS (persona in struttura)
□ è sostenuta da un componente del nucleo familiare (*nome e cognome*) di cui alla dichiarazione ISEE (*solo in caso di donna disoccupata,o inattiva, o in cerca di prima occupazione)*

□ periodo dal_____ *(dall'01/01/2026 o successivo specificare*) a tutt'oggi;

oppure

□ periodo dal_____ al _____*(specificare motivo interruzione: rinuncia, perdita di un requisito di accesso, interruzione pagamento retta, cessazione volontaria attività lavorativa*)_____;

5) **che il familiare per il quale si sostiene la retta è attualmente in struttura residenziale;**

6) che per la quota sociale della retta di riferimento non si percepiscono altri contributi da parte di altri enti pubblici;

7) che al 1° gennaio ero residente nel Comune di _____ Prov (.....);

8) di non aver presentato istanza per il presente contributo in altro Ambito Territoriale Sociale;

9) □ di non aver presentato istanza per l'avviso "Multileva 3.2 fondi POC" ovvero
□ di aver presentato istanza anche per l'avviso "Multileva 3.2 Fondi POC"
(barrare la casella di interesse)

SEZIONE C – DATI DELLA PERSONA IN STRUTTURA

Cognome e Nome: _____

Data di nascita: _____

Codice Fiscale_____

Grado di parentela della sottoscritta con la persona in struttura:

□ coniuge o convivente di fatto o unito civilmente

□ parente di primo grado (specificare)……..

□ parente di secondo grado (specificare) …….

□ Affine di primo grado (specificare……..)

□ Affine di secondo grado (specificare……..)

(per gli affini si può accedere al contributo solo se la retta è pagata dalla DFPIS in modo diretto alla struttura o tramite bonifico alla PIS)

Denominazione Struttura residenziale in cui il familiare è ospite:

_____

SEDE della struttura (Comune)_____ Indirizzo_____

Prov._____ codice ORPS_____

(*per codice Orps vedi su http://serviziorps.regione.marche.it/ricerca specificare la denominazione struttura, cliccare su "cerca" poi su lentina per vedere il codice orps)*

AREA DI UTENZA struttura RESIDENZIALE:

☐ ANZIANI

☐ DISABILI

☐ SALUTE MENTALE

Tipologia Struttura (vedi elenco allegato F all'avviso)_____

Ingresso in struttura in data_____

ISEE socio sanitario residenze in corso di validità della persona in struttura € _____

(non superiore ad euro 25.000,00)

SI IMPEGNA

ad osservare tutte le disposizioni e gli obblighi previsti dall'Avviso pena la revoca del contributo e a comunicare tempestivamente all'Ambito Territoriale Sociale di riferimento ogni variazione dei dati dichiarati nella presente domanda, intervenuta successivamente alla presentazione della stessa;

AUTORIZZA

- l'ATS a richiedere alla Direzione della struttura residenziale ogni informazione utile a verificare l'effettiva presenza della persona ospite per la quale la donna presenta istanza;
- l'ATS a richiedere al Comune di residenza e all'INPS e eventuali altri enti pubblici l'assenza di erogazione di contributi aventi la medesima finalità;
- il trattamento dei dati personali come da informativa ex art. 13 del D. Lgs. 196/2003, novellato dal D. Lgs. 101/2018 e Regolamento UE n. 2016/679.

Collabora

nella rilevazione dei risultati ottenuti a seguito della partecipazione all'intervento

Al fine di poter valutare i risultati degli interventi realizzati nell'ambito del Piano Nazionale Giovani Donne Lavoro, così come previsto dai regolamenti europei in materia di FSE+, l'Amministrazione potrebbe avere la necessità di conoscere alcune informazioni in merito alla Sua condizione sul mercato del lavoro successivamente alla conclusione dell'intervento. Con la sottoscrizione della presente domanda il richiedente si impegna a collaborare con l'Amministrazione fornendo le informazioni eventualmente richieste mediante questionari da compilare on line o interviste telefoniche

SEZIONE D – DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- documento identità (DFPIS+PIS)
- Informativa sul trattamento dei dati personali (di seguito da sottoscrivere)

Firma della richiedente: _____
Allegare copia documento identità in caso di firma autografa

Luogo: _____ Data: ___ / ___ / 2026

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(*ai sensi dell'art. 13, Regolamento 2016/679/UE - GDPR*)

Informativa Legge n. 241/1990 e s.m.i.

Amministrazione competente	Comune di Falconara M.ma, in qualità di Comune capofila dell'ATS 12 Piazza del Municipio, 1 Falconara M.ma
Oggetto del procedimento	Avviso Multileva Delibera della Giunta Regionale n. 888 del 13/07/2026; Decreto del Dirigente del Settore Inclusione Sociale e Strutture Sociali n. 33/2026 e n. 35/2026; Determinazione Dirigenziale n. 1426/2026;
Responsabile procedimento	Coordinatrice dell'ATS 12 Dott.ssa Barbara Giacconi.
Inizio e termine del procedimento	L'avvio del procedimento decorre dal giorno di Protocollazione della data della domanda, i termini di conclusione del procedimento sono stabiliti in conseguenza all'accertamento di entrata dei fondi.
Inerzia dell'Amministrazione	L'interessato potrà attivarsi ai sensi dell'art. 2 c. 9 bis L. 241/90 nel rispetto delle disposizioni fissate dall'Amministrazione Comunale. Successivamente rimane comunque possibile attivare il ricorso al TAR nei termini di legge.
Ufficio in cui si può prendere visione degli atti	Ambito Territoriale Sociale n. 12 – Piazza del Municipio, 1 - Falconara M.ma, nei giorni e negli orari di apertura al pubblico con le modalità previste dagli art. 22 e seguenti della L. 241/1990 come modificata dalla L. 15/2005 e dal regolamento sul diritto di accesso alle informazioni, agli atti e documenti amministrativi, adottato dal Comune di Falconara M.ma.

Informativa. Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (G.D.P.R.) e del D.lgs.196/2003 ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa quanto segue:

Titolari del trattamento: Comune di Falconara M.ma in qualità di Ente Capofila dell'ATS n. 12.
Responsabile del trattamento: Coordinatore ATS 12.
Incaricati: Sono autorizzati al trattamento in qualità di incaricati i dipendenti assegnati anche temporaneamente, all'ATS e al Comune di Falconara M.ma in qualità di Comune capofila dell'ATS n. 12.
Responsabile Protezione dati dell'Ente capofila: Morolabs Srl - Riferimento: Francesco Moroncini Tel./FAX: 071.9030585/071.2210025 e-mail/PEC: dpo@morolabs.it / morolabs@legalmail.it
Finalità: i dati dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza formulata e per le finalità strettamente connesse alla concessione del beneficio richiesto.
Modalità: i dati saranno trattati secondo quanto previsto dal Reg. UE del 27 aprile 2016, n. 679. La raccolta e il trattamento dei dati saranno effettuati con strumenti manuali, elettronici ed informatici, con verifiche previste e pertanto correlati ai principi anzidetti. Il trattamento è costituito da operazioni o insieme di operazioni indicate all'art. 4, punto 2) del Reg. UE 679/2016, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.
bito di comunicazione: I dati verranno utilizzati dall'Ufficio di Coordinamento dell'Ambito Territoriale Sociale n. 12. La ologia dei dati e le operazioni eseguibili, avvengono in conformità a quanto stabilito nella legge. In particolare i dati sono municati alle Autorità concedenti il finanziamento ai fini di monitoraggio sulle risorse assegnate e possono essere

municati all'Agenzia delle Entrate, alla Prefettura, alla Guardia di Finanza o altri Enti pubblici autorizzati al trattamento, r le stesse finalità sopra indicate e per verificare l'effettiva sussistenza dei requisiti per accedere al contributo. I dati ranno comunicati all'Istituto di credito per l'emissione dell'eventuale assegno relativo al contributo di cui trattasi; Verifiche: l'autenticità delle dichiarazioni rese; della sottoscrizione; delle autocertificazioni e delle dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà sono soggette alla disciplina del D.P.R. 445/2000 quanto a modalità e responsabilità conseguenti. Per le ipotesi di falsità in atto e/o dichiarazioni mendaci, il dichiarante incorrerà nelle pene stabilite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché nelle conseguenze amministrative di esclusione, ai sensi del Capo V del D.P.R. 445/2000 (artt. 73/74/75/76)
Natura del conferimento dei dati: il conferimento dei dati è obbligatorio per poter usufruire del beneficio in presenza dei requisiti; la conseguenza in caso di mancato conferimento dei dati comporta l'impossibilità di effettuare le verifiche previste e pertanto comporta l'esclusione dal procedimento.
Diritti: l'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento ed integrazione, nonché di cancellazione dei dati o trasformazione in forma anonima dei dati se trattati in violazione di legge, ed infine il diritto di opposizione per motivi legittimi, come previsto dal Regolamento UE 2016/679 e dagli art. 7 e seguenti del D. Lgs. 196/03, rivolgendosi alla sede del Comune capofila di ciascun A.T.S.
Sito: l'elenco dei Responsabili è pubblicato sul sito di ogni Comune

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione della presente informativa

_____	_____	_____
luogo	**data**	**firma**