

**OGGETTO: CONTRIBUTI ECONOMICI PROMOZIONALI RIVOLTI A CITTADINI  
ULTRASESSANTACINQUENNI RESIDENTI NEL COMUNE DI BOLOGNA**

### **Richiesta contributo**

**Soggetto Beneficiario**

*Ultrasessantacinquenne residente nel Comune di Bologna*

Nome ..... Cognome .....

Nato a .....prov. .... il .....

Residente in Via ..... prov. ....

Quartiere di residenza ..... tel. ....

C.I. NR. ....

**Familiare/Caregiver soggetto beneficiario**

*da compilare come persona di riferimento per la gestione della pratica*

Grado di parentela con soggetto beneficiario .....

Nome ..... Cognome .....

Nato a .....prov. .... il .....

C.I. NR. .... tel.....

**Si allega la seguente documentazione obbligatoria, affinché la domanda di richiesta contributo possa essere accolta:**

1. Copia carta di identità in corso di validità del soggetto beneficiario;
2. Copia carta di identità in corso di validità del familiare/caregiver del soggetto beneficiario;
3. Copia attestazione ISEE, **pari o inferiore ad € 22.300**, in corso di validità, del nucleo familiare in cui compare il soggetto beneficiario;
4. Copia contratto di lavoro tra datore di lavoro ed assistente familiare o copia di contratto di lavoro con agenzia di somministrazione.  
**Il contratto dovrà essere di almeno 25 ore settimanali, livello C con profilo C super o livello D con profilo D super;**
5. Copia denuncia rapporto di lavoro domestico ad INPS, qualora il contratto di lavoro fosse tra datore di lavoro ed assistente familiare;
6. Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà, in caso di contratto intestato a familiare (sono ammessi solo familiari di 1° e 2° grado).

**Si prende atto che:**

- l'ammissione al contributo economico è subordinata ad una visita domiciliare effettuata dal Nucleo per la domiciliarità dell'ASP Città di Bologna alla presenza dell'Assistente Familiare.
- Ulteriori indicazioni relative alle modalità di accesso ed erogazione del contributo sono indicate nell'avviso pubblico del **25/09/2014**

**Si dichiara inoltre** che al momento della presente richiesta il soggetto beneficiario non percepisce assegno di cura e/o contributo erogato nell'ambito del progetto INPS Home Care Premium

.....  
(Firma soggetto beneficiario o familiare/caregiver)