Allegato H – modello rendiconto 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 D.G.R. 888/2026 – DDS 33/2026 – DDS 35/2026)

CODICE CUP C81C2600022007

RICHIESTA LIQUIDAZIONE CONTRIBUTO- INTERVENTO MULTILEVA 3.1

All'Ambito Territoriale Sociale 22

Comune Ascoli Piceno

Via B. Tucci,3

63100, Ascoli Piceno

La sottoscritta:

Cognome: _____

Nome: _____

Codice Fiscale: _____

Comune di residenza: _____

risultante finanziabile in graduatoria con decreto della Regione Marche n._____del_____

CHIEDE

- La liquidazione del contributo riconosciuto per i mesi di:

□ gennaio □ febbraio □ marzo □ aprile □ maggio □ giugno □ luglio □ agosto □ settembre □ ottobre □novembre □dicembre anno 2026
per un totale di euro_____ (*euro 250 mensili)*

In caso si richieda la liquidazione del contributo solo per alcune mensilità specificare la motivazione dell'interruzione_____

- che il contributo richiesto venga accreditato sul conto corrente di seguito indicato **:**

1. Conto corrente postale
2. Conto corrente bancario

presso …….…… Agenzia/filiale di……

intestato a……

Codice IBAN:

Pertanto, ai sensi degli articoli 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n.445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del medesimo D.P.R. n.445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, dichiara quanto segue:

Dichiara

- che per ciascuno dei mesi inseriti nella presente richiesta la quota sociale della retta o parte di essa è stata sostenuta per un periodo pari o superiore a 15 giorni;
- di non aver usufruito per la retta di riferimento altri contributi da parte del Comune o altri enti pubblici;
- *Da compilare solo per le donne disoccupate:*
  - di aver sottoscritto l'immediata disponibilità a svolgere un'attività lavorativa comprovata dall'apposita dichiarazione (DID) rilasciata in data_____ presso il Centro per l'Impiego di_____;
- *Da compilare solo per le donne inattive o inoccupate*:

- di aver sottoscritto il Patto di Servizio presso il Centro per l'Impiego di _____ in data_____;

(tali atti hanno valenza annuale)

- che il familiare in struttura a cui il pagamento della retta si riferisce, è identificato come segue:

Cognome e Nome: _____

Data di nascita: _____

Grado di parentela del familiare con la sottoscritta : _____

Ingresso della persona in struttura in data_____

AUTORIZZA

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.

Si allega quanto segue:

(barrare una delle tre opzioni)

□ contratto con la struttura o altro documento da cui si evince l'impegno economico della donna familiare della persona in struttura a sostenere la quota sociale della retta in tutto o in parte;

□ contratto con la struttura intestato alla persona in struttura per il quale sostengo direttamente il pagamento;

□ contratto con la struttura intestato alla persona in struttura per il quale sostengo il pagamento tramite bonifico in favore della stessa;

□ Fatture della struttura o note di debito / dichiarazioni rese dal legale rappresentante dell'ente gestore riferite ai mesi di_____ intestate a □donna familiare □ persona in struttura □altro componente _____come segue

- n. _____del _____riferita al mese di _____
- n. _____del _____riferita al mese di _____
- n. _____del _____riferita al mese di _____
- n. _____del _____riferita al mese di _____
- n. _____del _____riferita al mese di _____
- n. _____del _____riferita al mese di _____
- n. _____del _____riferita al mese di _____
- n. _____del _____riferita al mese di _____
- n. _____del _____riferita al mese di _____

□ Ricevute del pagamento delle fatture suindicate o quota parte come segue:

- ricevuta/bonifico del_____euro_____riferita al documento n._____
- ricevuta/bonifico del_____euro_____riferita al documento n._____

- ricevuta/bonifico del_____euro_____riferita al documento n._____
- ricevuta/bonifico del_____euro_____riferita al documento n._____
- ricevuta/bonifico del_____euro_____riferita al documento n._____

- ricevuta/bonifico del_____euro_____riferita al documento n._____
- ricevuta/bonifico del_____euro_____riferita al documento n._____
- ricevuta/bonifico del_____euro_____riferita al documento n._____
- ricevuta/bonifico del_____euro_____riferita al documento n._____
- ricevuta/bonifico del_____euro_____riferita al documento n._____
- ricevuta/bonifico del_____euro_____riferita al documento n._____
- ricevuta/bonifico del_____euro_____riferita al documento n._____
- ricevuta/bonifico del_____euro_____riferita al documento n._____

(dalle ricevute si deve evincere il beneficiario struttura residenziale)

- informativa privacy.

_____, lì _____

Firma

_____