

**Nota Bene: Compilare a stampatello in modo chiaro e leggibile**

Spett.le<sup>1</sup>

---

---

---

---

**Oggetto: Istanza di erogazione dell'incentivo contributivo orario - Progetto Pilota denominato "Donne Ora Visibili" approvato con Decreto del Capo Dipartimento per le Pari Opportunità dell'11 luglio 2008.**

...I...sottoscritto/a.....

nato/a il |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| a ..... (.....) e

residente a ..... (.....) in Via .....

..... recapito telefonico .....

Codice Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**CHIEDE**

di poter usufruire dell'incentivo contributivo orario previsto nell'ambito del progetto richiamato in oggetto, a seguito di ☐ stipula // ☐ variazione oraria in aumento<sup>2</sup> di regolare rapporto di lavoro avvenuta in data \_\_\_\_\_ **con il/la seguente lavoratore/lavoratrice assistente familiare<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Indicare la sede dell'EAS aderente alla governance nel cui territorio risiede la persona assistita ovvero, qualora la persona assistita risieda in Comuni ricadenti in aree territoriali relative ad EAS che non hanno aderito alla governance, il seguente indirizzo Comune di San Salvo - Servizio Politiche Sociali – P.zza Papa Giovanni XXIII, n.1 – 66050 San Salvo (CH).

<sup>2</sup> Barrare il quadratino del caso che interessa.

<sup>3</sup> Indicare obbligatoriamente le generalità complete dell'assistente familiare con cui è stato stipulato il regolare contratto di lavoro (cognome e nome, codice fiscale, luogo e data di nascita, residenza e domicilio, recapito telefonico).



**2000, n. 445 e della conseguente decadenza dei benefici di cui all'art. 75 del citato decreto,**

**DICHIARA SOTTO LA SUA PERSONALE RESPONSABILITA'**

**Ai sensi degli artt. 46, 47 e 48 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445**

- ◇ di aver letto e conoscere, accettandone integralmente tutte le condizioni e prescrizioni, quanto stabilito dal *Disciplinare di gestione degli incentivi alla regolarizzazione delle prestazioni di assistenza familiare del Progetto denominato "Donne Ora Visibili" approvato con Decreto del Capo Dipartimento per le Pari Opportunità dell'11 luglio 2008*, con particolare riferimento agli artt. 3 (*Soggetti beneficiari degli incentivi contributivi orari*), 5 (*Oggetto degli incentivi contributivi*), 6 (*Istanza di erogazione degli incentivi contributivi*) e 7 (*Modalità, condizioni e termini di erogazione degli incentivi contributivi*);
- ◇ di essere regolarmente iscritto c/o la Banca dati del Sistema regionale dei servizi privati di cura;
- ◇ ☐ di aver sottoscritto conformemente al CCNL di categoria ed in data \_\_\_\_\_ un regolare contratto di lavoro con l'assistente familiare sopra generalizzato/a **(OVVERO<sup>5</sup>)** ☐ di aver sottoscritto conformemente al CCNL di categoria ed in data \_\_\_\_\_ un atto di variazione/trasformazione oraria in aumento di un contratto di lavoro già in essere dal \_\_\_\_\_ con l'assistente familiare sopra generalizzato/a;
- ◇ di non aver proceduto (dopo la data di adozione del disciplinare su richiamato), al licenziamento e contestuale o successiva riassunzione dell'assistente familiare sopra generalizzato/a;
- ◇ che il numero delle ore settimanali per le quali si chiede l'incentivo, corrispondenti, a seconda dei casi, a quelle del contratto sottoscritto ex-novo ovvero a quelle risultanti in aumento dall'accordo di trasformazione/variazione del precedente contratto in essere, è pari a \_\_\_\_\_;
- ◇ che il periodo<sup>6</sup> per il quale si chiede l'incentivo decorre dal \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_;
- ◇ che il beneficiario dei servizi di assistenza, come sopra generalizzato/a, risiede nel Comune di \_\_\_\_\_ e nel territorio dell'EAS n. \_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_);
- ◇ che l'assistito, come sopra generalizzato/a, necessita di servizi di assistenza in quanto familiare e/o persona convivente ☐ parzialmente

<sup>5</sup> Barrare il quadratino del caso che interessa.

<sup>6</sup> Periodo massimo incentivabile un anno dalla data di sottoscrizione/trasformazione/variazione del contratto di lavoro (quest'ultima non può essere anteriore al 1 gennaio 2010) e termine ultimo di riconoscimento dell'incentivo (non oltre il 23 marzo 2011).

non autosufficiente (OVVERO<sup>7</sup>) ☐ totalmente non autosufficiente, secondo la normativa a riguardo vigente;

- ◇ che l'età dell'assistito, come sopra generalizzato/a, è di anni \_\_\_\_\_;
- ◇ che l'assistito, come sopra generalizzato/a, ☐ è portatore di handicap (OVVERO<sup>8</sup>) ☐ non è portatore di handicap, secondo la normativa vigente;
- ◇ di essere a conoscenza che i documenti minimi obbligatori da consegnare, pena la decadenza dai relativi benefici, e/o che si impegna a consegnare per l'erogazione dell'incentivo sono:
  1. l'originale della scheda di iscrizione alla Banca Dati del Sistema regionale dei servizi privati di cura;
  2. l'originale della dichiarazione di impegno etico (Allegato 2);
  3. l'originale della presente istanza di identico contenuto di quella anticipata via telefax (nel caso la presente domanda sia trasmessa a mezzo telefax);
  4. la copia conforme all'originale del contratto di lavoro (più copia conforme all'originale dell'atto integrativo di variazione oraria, solo se ricorre tale fattispecie), stipulato conformemente al relativo CCNL vigente;
  5. la copia della relativa denuncia/variazione di rapporto di lavoro domestico all'INPS;
  6. la copia conforme all'originale delle ricevute trimestrali di versamento dei contributi alla Gestione INPS – Lavoratori domestici (per il periodo agevolato);
  7. la copia conforme all'originale dei cedolini paga mensili (per il periodo agevolato).

Si allega alla presente:

- fotocopia valido documento di identità;
- originale dichiarazione etica (Allegato 2).

Il sottoscritto autorizza al trattamento dei dati forniti, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, per le finalità di attivazione della sperimentazione degli inserimenti lavorativi.

Luogo e data: .....

Firma

---

<sup>7</sup> Barrare il quadratino del caso che interessa.

<sup>8</sup> Barrare il quadratino del caso che interessa.