

# **A CASA È MEGLIO**

## **PROGETTO PER ASSISTENZA DOMICILIARE**

**“Sostegno al lavoro di cura prestato da operatori”**

La finalità del progetto, che ha carattere sperimentale, è sostenere la permanenza a domicilio di familiare non autosufficiente, assistito da operatori addetti all'attività di assistenza familiare regolarmente assunti.

Beneficiari sono i Dipendenti **Eni**, iscritti al **Fasen**, con un reddito annuo lordo familiare non superiore a € 37.000,00, che abbiano sottoscritto un regolare contratto di lavoro con uno o più operatori per l'assistenza a domicilio, di genitori, suoceri, figli e fratelli, che possiedono i seguenti requisiti:

- non autosufficiente (indipendentemente dall'età), riconosciuto invalido al 100% e/o con l'indennità di accompagnamento;
- **con sede di lavoro ubicata nel territorio di competenza del Consiglio di Amministrazione Territoriale del Nord;** (Valle d'Aosta, Piemonte, Liguria, Lombardia, Veneto, Trentino, Friuli )
- non ospite di strutture residenziali;
- con attestazione ISEE individuale non superiore a € 10.000,00;
- che non beneficia di altre tipologie di buoni sociali;

Qualora la domanda venisse accolta, oltre alla presentazione della richiesta iniziale, dovrà essere prodotta, a richiesta del **Fasen**, la documentazione attestante la regolarità del versamento degli oneri contributivi.

L'entità del sostegno economico è definita in base a parametri che rispettano l'intensità dell'intervento assistenziale e le condizioni economiche del Richiedente e dell'Assistito.

Il sostegno potrà coprire fino al massimo del carico fiscale sostenuto, al netto della detraibilità del 19%.

L'erogazione sarà effettuata in un'unica soluzione e a consuntivo dell'annualità oggetto della richiesta.

La domanda, sulla base dei requisiti fissati, sarà oggetto di valutazione da parte del Consiglio di Amministrazione Territoriale Nord.

## DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL SOSTEGNO

Il/La sottoscritto/a .....  
nato/a il ..... a .....  
Residente a ..... Prov. ....  
Via ..... n. .... CAP .....  
Codice fiscale .....  
Tel. .... Altro recapito tel. ....  
Società di appartenenza .....  
Grado di parentela con l'Assistito .....  
Nome, Cognome dell'Assistito  
.....

### CHIEDE

L'assegnazione del sostegno destinato a sostenere le cure idonee per assicurare la permanenza a domicilio dell'Assistito.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell'art. 76 del DPR del 28 dicembre 2000, n. 445 (Nota 1):

### DICHIARA

- che l'Assistito è stato/a riconosciuto/a invalido/a civile con grado di invalidità del 100% e/o con indennità di accompagnamento come da verbale n. ....
- rilasciato dalla Commissione Sanitaria per l'accertamento degli stati di invalidità dell'ASL di .....
- che l'Assistito ha un'attestazione ISEE individuale non superiore a € 10.000,00;
- che il Richiedente ha regolarmente assunto la/il sig.ra/sig. ....  
..... quale operatore con il compito delle cure domiciliari, per n. .... ore settimanali;

- che il Richiedente ha regolarmente versato le quote contributive al citato operatore;
- di impegnarsi a produrre, a richiesta della Segreteria Territoriale, copia del documento comprovante il versamento degli oneri contributivi;
- che l'Assistito non beneficia di altri titoli sociali per l'anno in corso;
- che l'Assistito ha la seguente situazione familiare (descrivere convivenze e familiari non conviventi)

.....  
 .....  
 .....

Autorizzo alla trattazione dei dati personali ai sensi della legge 196/03.

Data

Firma del Richiedente

.....

.....

Si allega:

- Modelli 730 e/o Modelli Unico a dimostrazione del reddito familiare del Richiedente;
- Fotocopia carta d'identità dell'Assistito;
- Verbale di invalidità;
- Contratto di lavoro per l'operatore con indicate le ore settimanali;
- Attestazione ISEE individuale dell'Assistito;
- Ricevuta di versamento oneri contributivi trimestrali (almeno una).

## SCHEDA DI VALUTAZIONE PER L'ASSEGNAZIONE DEL SOSTEGNO

Descrizione indicatore		Punteggio
Reddito ISEE individuale dell'Assistito	Da € 0 a € 2.000	9
	Da € 2.001 a € 4.000	7
	Da € 4.001 a € 6.000	5
	Da € 6.001 a € 8.000	3
	Da € 8.001 a € 10.000	1
Ore di assistenza settimanali regolarizzate	Da 31 in su	9
	Da 30 a 21	7
	Da 20 a 13	5
	Da 12 a 6	3
	Meno di 5 ore settimanali	1
Invalidità riconosciuta	100 %	9
	con accompagnamento	7
Condizione dell'operatore	Convivente	9
	Non convivente	7
Da 16 a 20 punti Da 21 a 25 punti Da 26 a 30 punti Da 31 a 36 punti	riconoscimento del 70 % del carico fiscale annuo riconoscimento del 80 % del carico fiscale annuo riconoscimento del 90 % del carico fiscale annuo riconoscimento del 100% del carico fiscale annuo	