

ACCORDO DI FIDUCIA
PER LE RICHIESTE INTERVENTI AI SENSI DEL F.N.N.A. ANNUALITA'2023

(D.G.R. 149 del 20/03/2023 E D.G.R. N. 94 del 07/02/2024)

ACCORDO DI FIDUCIA

Vista le **D.G.R. 149 del 20/03/2023 e N. 94 del 07/02/2024** di programmazione del "Fondo per la non autosufficienza 2022/2024" tra le cui azioni progettuali sono previsti interventi di supporto economico mediante la corresponsione di:

Assegno per persone in condizione di disabilità gravissima/dipendenza vitale;

Rilevato che la valutazione rilasciata dall'UVM, competente per territorio, per la corresponsione dell'assegno di "Disabilità gravissima/Dipendenza vitale" a favore del beneficiario, risulta essere **favorevole**.

Vista la determina del Comune di Francavilla al Mare – ECAD dell'ADS n. 09 Val di Foroo N° _____ del _____ con la quale si prende atto dell'elenco degli ammessi a beneficio e della relativa graduatoria redatta in base a quanto stabilito dal punto 4 dell'Avviso.

Considerato che l'importo assegnato a carico del FNNA 2023 per l'assegno oggetto del presente "*Accordo di fiducia*" ammonta complessivamente ad € _____, corrispondente ad € _____ mensili per n. 12 mensilità.

Ritenuto necessario stipulare, nel rispetto di quanto previsto nelle su citate D.G.R., apposito "Accordo di fiducia" tra l'Ufficio di Piano del Comune di Francavilla al Mare ECAD dell'ADS n. 09 Val di Foro ed il beneficiario.

TUTTO CIÒ PREMESSO

L'anno _____ il giorno _____ del mese di _____ presso _____

TRA

Il Comune di Francavilla al Mare (CH) codice fiscale / P.IVA _____, rappresentato per le funzioni

di cui al presente atto dal RUP dell'avviso di cui trattasi dott.ssa Miranda De Ritis, o suo delegato (delega del _____);

E

il/la Sig./Sig.ra _____, nato/a _____ il _____
e
il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ il _____
_____ C.F. _____ residente a
_____, via _____ tel. _____
_____ fax _____ cell. _____ indirizzo e-
mail _____ in qualità di:

- beneficiario
- familiare
- tutore
- amministratore di sostegno
- altro (specificare) _____

del/della Sig./Sig.ra _____ ammesso/a contributo

si stipula il seguente "Accordo di Fiducia":

OBBLIGHI DEL COMUNE

Il Comune di Francavilla al Mare ECAD dell'ADS n. 09 Val di Foro si impegna a versare al beneficiario la somma complessiva assegnata di € _____ in rate mensili di € _____, trimestralmente posticipate, previo accredito del finanziamento da parte della Regione Abruzzo in relazione alle reali disponibilità finanziarie ed ai tempi amministrativi richiesti nei limiti della effettiva disponibilità di cassa.

In caso di decesso l'erogazione dell'assegno verrà sospeso.

Le somme saranno versate mediante accredito sul:

- contocorrente bancario con IBAN _____
- conto corrente postale con IBAN _____;

IL FIRMATARIO DEL PRESENTE "ACCORDO DI FIDUCIA"

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.Lgs.

DICHIARA

che il beneficio assegnato è riferito per:

(barrare la scelta)

- il riconoscimento economico dell'impegno assistenziale da parte di un "*familiare caregiver*":

(indicare nominativo) _____;

- l'acquisto di prestazioni assistenziali da parte di assistente familiare:

(indicare nominativo) _____;

In caso di "*familiare caregiver*" si dichiara che la persona indicata è un familiare e si occupa della persona beneficiaria.

Il sottoscrittore allega:

1. fotocopia di un documento di identità in corso di validità,
2. copia del conto dedicato,
3. fotocopia del codice fiscale

DISPOSIZIONI FINALI

Il presente Accordo di fiducia, redatto in duplice originale, viene letto, confermato e sottoscritto dalle parti.

Per Il Comune

Il/La Beneficiario/a
