

BANDO PER L'ASSEGNAZIONE DI ASSEGGNI DI CURA anno 2024

Unicoop è una cooperativa che da sempre mette al centro del proprio operato la cura e l'attenzione per le operatrici e gli operatori che ogni giorno si occupano della cura e del benessere di bambini, anziani, persone con disabilità e delle loro famiglie. In quest'ottica di valorizzazione e sostegno delle risorse umane per l'anno 2024 Unicoop ha istituito 6 assegni di cura dell'importo di € 500 destinati a operatrici/tori che svolgano funzione di caregiver, così come delineato dalla Legge di bilancio 2018 (articolo 1, commi 254-256, legge n. 205 del 2017).

1. DESTINATARI

Operatrici/operatori di Unicoop (non dimissionari) che svolgano funzione di caregiver nei confronti di familiari mantenuti nel proprio ambiente e in possesso di Verbale di invalidità non inferiore a 46% e/o Verbale Legge 104.

2. CRITERI PER LA SELEZIONE E FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA

L'importo unitario degli assegni di cura viene quantificato in € 500. Qualora lo stanziamento destinato non fosse sufficiente a coprire tutte le richieste pervenute verrà formulata un'apposita graduatoria sulla base dei criteri sotto riportati.

Criterio n. 1 – Composizione del nucleo familiare – max 50 punti

Si procede ad assegnare un punteggio in base ai seguenti indicatori:

- a) 10 punti: se l'assistito è convivente con il richiedente;
- b) fino ad un massimo di 30 punti: se presente nel nucleo familiare altra persona assistita avente gli stessi requisiti della persona per cui si presenta la domanda (si procede ad assegnare 15 punti per ciascun familiare ulteriore assistito fino ad un massimo di due familiari);
- c) fino a massimo di 10 punti: se presenti nel nucleo familiare del richiedente figli di età inferiore a anni 14 (l'assegnazione è di 2,5 punti per ciascun figlio di età inferiore a 14 anni, fino ad un massimo di 10 punti. Il punteggio verrà assegnato anche nel caso in cui il familiare per il quale si presenta la richiesta abbia un'età inferiore a 14 anni).

Criterio n. 2 – Percentuale di invalidità – max 30 punti

Per i minori

Verbale Legge 104 - Art. 3 comma 1 no gravità funzionale: 10 punti

Verbale Legge 104 - Art.3 comma 3 gravità funzionale: 30 punti

Per gli adulti:

Percentuale d'invalidità	punteggio
Da 46 a 73%	10 punti
Da 74 a 100%	30 punti

Criterion n. 3 – Indicatore ISEE in corso di validità - max 20 punti

Verrà assegnato un punteggio in base alla fascia di appartenenza:

Fasce reddito ISEE	punteggio
fino a € 6.500	20 punti
da € 6.501 a € 15.000	15 punti
da 15.001 a € 30.000	10 punti
da € 30.001 a € 40.000	5 punti
oltre € 40.000	0 punti

3. MODALITÀ e TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda di partecipazione (vedi allegato A al presente Bando) corredata dei documenti richiesti dovrà essere inoltrata a UNICOOP **entro il 30.09.2024**.

- via mail al seguente indirizzo: unicoop.pc@cooperativaunicoop.it
- consegnata a mano presso gli uffici di Piazza Cittadella n. 2

Chiarimenti sulla compilazione della domanda e supporto possono essere richiesti via email unicoop.pc@cooperativaunicoop.it o telefonicamente al numero 0523-323677.

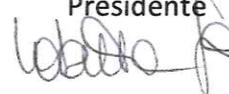
4. AMMISSIBILITÀ E GRADUATORIA

La verifica dell'ammissibilità delle richieste verrà effettuata dalla Commissione preposta. Qualora le domande ammesse superino 6 unità la Commissione procederà a predisporre una graduatoria sulla base dei criteri sopra esposti.

La graduatoria dei beneficiari verrà redatta entro il 31.10.2024.

Piacenza, 24.07.2024

Valentina Suzzani
Presidente



DOMANDA PER ASSEGNI DI CURA

Contributo economico per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____
e residente in _____ via _____ n. _____
Tel. _____ e-mail _____

consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n° 445 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità:

CHIEDE

di essere ammesso/a al beneficio economico per il sostegno al ruolo di cura e assistenza *Caregiver*, svolto in favore di _____, parentela _____, nato/a a _____, il _____, residente a _____:

DICHIARA

- che l'assistito/a è inserito nella rete familiare del richiedente
- che nel nucleo familiare del richiedente sono presenti altri n. __ assistiti con certificazione di invalidità non inferiore a 46% e/o Verbale Legge 104
- che nel nucleo familiare del richiedente sono compresi n. __ figli di età minore di 14 anni
- che l'attestazione ISEE del richiedente in corso di validità è pari a _____

Allega alla presente:

- copia del verbale di invalidità (nel formato con omissis) e/o verbale 104 del familiare assistito;
- Attestazione ISEE.

AUTORIZZA

il trattamento dei dati personali, in conformità a quanto previsto dal codice in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/67); tali dati verranno usati esclusivamente per le finalità di cui alla presente istanza.

Data _____

Firma del/la richiedente