

## AVVISO

### PER L'EROGAZIONE DI MISURE DI CONCILIAZIONE

#### A SOSTEGNO DELLE FAMIGLIE – Progetto 3G TRE GENERAZIONI

##### Art. 1 – OGGETTO

Il presente Avviso disciplina gli obiettivi, i criteri e le modalità per l'erogazione di misure a sostegno **DEI LAVORATORI E DELLE LAVORATRICI IMPEGNATI NELLA CURA E NELL'ASSISTENZA DI FIGLI MINORI O PARENTI DISABILI O ANZIANI** in attuazione delle politiche regionali in tema di Conciliazione dei tempi di vita e di lavoro della famiglia, assicurando equità, imparzialità, trasparenza e personalizzazione delle erogazioni.

Le iniziative oggetto di questo avviso fanno parte di un progetto condiviso da sette ambiti territoriali della Provincia di Como (Lomazzo, Dongo, Menaggio, Como, Cantù, Erba e Mariano Comense) che hanno ritenuto, all'interno della loro programmazione, di occuparsi direttamente delle politiche di conciliazione.

Il **Progetto “3G- Tre Generazioni”** vuole rispondere alle necessità dei lavoratori/lavoratrici che devono mantenere una vita lavorativa attiva e nello stesso tempo rispondere ai bisogni dei figli e degli anziani genitori/familiari. Si intende offrire la possibilità di attivare servizi con particolare attenzione ai momenti di crisi e variazione, quando è più complessa la conciliazione tra la vita lavorativa e le richieste familiari.

Il presente Avviso interessa la popolazione residente nei 19 Comuni del Distretto di Lomazzo – Fino Mornasco (Bregnano, Cadorago, Carbonate, Casnate con Bernate, Cassina Rizzardi, Cirimido, Fenegrò, Fino Mornasco, Grandate, Limido Comasco, Locate Varesino, Lomazzo, Luisago, Lurago Marinone, Mozzate, Rovello Porro, Rovellasca, Turate, Vertemate con Minoprio).

Le risorse disponibili per le Azioni previste dal presente Avviso ammontano a:

- € 4.000,00 per servizi di trasporto
- € 6.650,00 per servizi di cura e assistenza
- € 10.138,02 per servizi integrativi di minori 0-14 anni

##### ART. 2 – OBIETTIVO

Il presente Avviso ha l'obiettivo di favorire la possibilità di far fronte agli impegni lavorativi senza venir meno ai doveri di cura e di assistenza nei confronti dei propri familiari riducendo il tasso di assenza dai luoghi di lavoro.

##### ART. 3 – AMBITO DI APPLICAZIONE

L'intervento si realizza attraverso l'erogazione di:

- contributi economici per sostenere l'acquisto di voucher Lavoro Inps finalizzati all'accesso a servizi diretti alla cura e/o all'assistenza di figli minori 0-14 anni o di familiari disabili o anziani;

- contributi economici per sostenere l'acquisto di servizi integrativi per minori 0-14 anni (servizi ricreativi, educativi e aggregativi diurni, estivi o nei periodi di vacanze scolastiche) offerti da strutture regolarmente in esercizio ai sensi della normativa regionale.
- Possibilità di accesso a servizi di trasporto e accompagnamento (occasionali e NON sanitari)

Potrà inoltre essere garantita l'assistenza nelle procedure di accesso ai Voucher Lavoro Inps, a prescindere dall'erogazione di un contributo economico.

#### **ART. 4 – DESTINATARI**

Il presente Avviso è diretto a tutti i lavoratori e/o lavoratrici residenti nei Comuni compresi nell'Ambito territoriale del Distretto di Lomazzo-Fino Mornasco (Bregnano, Cadorago, Carbonate, Casnate con Bernate, Cassina Rizzardi, Cirimido, Fenegrò, Fino Mornasco, Grandate, Limido Comasco, Locate Varesino, Lomazzo, Luisago, Lurago Marinone, Mozzate, Rovello Porro, Rovellasca, Turate, Vertemate con Minoprio) che dimostrino di possedere almeno uno delle seguenti necessità a favore di un loro familiare:

- a. fruire di servizi di trasporto e accompagnamento NON sanitario per parenti minori, disabili e anziani;
- b. accedere a servizi, retribuiti attraverso voucher lavoro Inps, per la cura e l'assistenza di figli minori 0-14 anni e/o parenti disabili o anziani;
- c. usufruire di servizi integrativi (servizi ricreativi, educativi e aggregativi diurni, estivi o nei periodi di vacanze scolastiche) per minori 0-14 anni.

**Si considerano familiari ai fine del presente avviso: genitori, coniuge, figli ed eventuali altri familiari che risultino fiscalmente a carico. Inoltre la/le persone per cui il lavoratore/lavoratrice risulti svolgere la funzione di amministratore di sostegno. Il lavoratore deve essere impegnato in attività lavorative per almeno 18 ore settimanali.**

#### **ART. 5 - RICHIESTA DEL BENEFICIO**

##### **A. Contributi per assistenza/cura e attività educativo/ricreative per minori:**

La domanda deve essere presentata ad ASCI, Piazza IV Novembre 2 o all'indirizzo PEC [asci@pec.it](mailto:asci@pec.it) attraverso il fac-simile allegato al presente avviso.

Il termine ultimo per la presentazione delle domande è fissato al 31/5/2016.

Per coloro che si avvalgono dell'invio mediante PEC si ricorda che è necessario rispettare le seguenti istruzioni:

- le domande devono essere inviate esclusivamente da **un indirizzo PEC rilasciato a nome dell'interessato e non di terzi**. Solo in questo caso, infatti, l'autore è identificato dal sistema informatico attraverso le credenziali di accesso relative all'utenza personale di posta elettronica certificata di cui all'articolo 16-bis D.L. 185/2008, convertito dalla L. 2/2009. Le istanze e le dichiarazioni inviate sono così equivalenti alle istanze e alle dichiarazioni sottoscritte con firma autografa apposta in presenza del dipendente addetto al procedimento.
- le comunicazioni PEC **devono essere indirizzate esclusivamente all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata di ASCI** (cioè NON alle caselle personali o di servizio): solo le comunicazioni valide che pervengono a tale indirizzo possono essere protocollate (e quindi acquisite in modo ufficiale).
- eventuali **allegati** alla PEC devono essere convertiti **in formato PDF** in modo da non risultare modificabili.

Il **messaggio di "avvenuta consegna"** della comunicazione PEC, contenente anche il codice identificativo del messaggio, comprova che la comunicazione è stata ricevuta dal destinatario; si ricorda che *il mittente deve verificare che il documento sia stato consegnato.*

##### **B. Accesso al Servizio di trasporto "occasionale"**

Per il servizio trasporto ASCI ha attivato in via sperimentale una Convenzione con Auser.

Il lavoratore interessato potrà richiedere il servizio chiamando 366/1784317 attivo 24 ore per 7 giorni o inviando una email al seguente indirizzo [trasporto@aziendasocialecomuniinsieme.it](mailto:trasporto@aziendasocialecomuniinsieme.it).

Il servizio telefonico prevede che risponda un operatore dal lunedì al venerdì dalle ore 09,00 alle 12,00 e dalle 15,00 alle 17,00. Al di fuori da tali orari sarà operativo un servizio di segreteria che raccoglierà la richiesta e sarà cura di AUSER richiamare l'interessato.

Nel fare la richiesta il lavoratore dovrà fornire i suoi dati personali e quelli della persona da accompagnare. L'azienda presso cui è occupato e la destinazione del servizio di accompagnamento/trasporto.

Al fine di provvedere alla verifica organizzativa del servizio è fatto **obbligo di effettuare la richiesta almeno 5 giorni prima del trasporto richiesto.**

ASCI corrisponderà ad AUSER una tariffa chilometrica. Ogni lavoratore/lavoratrice potrà presentare richieste per trasporti fino ad un massimo di € 150 all'anno.

Il servizio verrà garantito fino ad esaurimento del budget disponibile.

L'acquisizione e il trattamento dei dati personali e sensibili relativi alla posizione sanitaria e reddituale avverranno nel rispetto del codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs n. 193/03).

## **ART. 6 – VALUTAZIONE DELLA DOMANDA ED EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO**

Le domande ammissibili verranno accolte fino ad esaurimento delle risorse economiche disponibili e, comunque, non oltre il 31.05.2016.

Una volta valutata l'ammissibilità della domanda, l'assegnazione del beneficio avverrà sulla base dell'ordine di arrivo delle richieste.

L'esito della domanda sarà comunicato al richiedente nelle modalità indicate all'atto della domanda (per posta o mail).

I contributi assegnati saranno erogati a seguito di documentata rendicontazione delle spese effettivamente sostenute (acquisto voucher INPS) e, nel caso di servizi integrativi, della certificazione di regolare esercizio della struttura fornitrice dei servizi medesimi.

## **ART. 7 – LIMITI ALL'ASSEGNAZIONE DEL BENEFICIO**

Fermo restando il limite delle risorse disponibili di cui all'art. 1, potranno essere riconosciuti, al massimo per lavoratore/lavoratrice :

- Contributo trasporto (erogato direttamente ad AUSER) per € 150,00
- Contributi per servizi di cura e assistenza a minori, disabili, anziani per € 350,00
- Contributi per servizi integrativi 0-14 anni per € 200,00 a minore.

## **ART. 8 - NORME FINALI**

Il presente Avviso ha validità dalla data di approvazione dell'Assemblea dei Sindaci del Distretto di Lomazzo/Fino Mornasco del 14.07.2015

Lomazzo, 14.07.2015

Il Direttore  
Gianpaolo Folcio



3

**FAC SIMILE PER LA RICHIESTA DI MISURE DI CONCILIAZIONE A FAVORE DELLE FAMIGLIE**

Spett.le  
ASCI  
Piazza IV Novembre 2  
22074 Lomazzo  
asci@pec.it

Io sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_,  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_,  
via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, tel. n° \_\_\_\_\_,  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
lavoratore/lavoratrice presso \_\_\_\_\_  
con un impegno di \_\_\_\_\_ ore settimanali.

CHIEDO

*assistenza per attivare voucher INPS per lavoro occasionale*

In favore di (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Età \_\_\_\_\_

a me legato dal seguente grado di parentela \_\_\_\_\_

*un CONTRIBUTO di € .....*

Per usufruire del seguente servizio integrativo (in possesso di dichiarazione di regolare esercizio ai sensi della normativa regionale)

Presso \_\_\_\_\_

dal ..... al .....

in favore di mio/a figlio/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole della mia responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARO

1. di accettare le condizioni dell'avviso "Misure di conciliazione a favore delle famiglie" pubblicato da ASCI;
2. (in caso di richiesta inerente servizi integrativi per minori 0-14) di avere fiscalmente a carico il minore e di lavorare con un impegno di almeno 18 ore settimanali presso .....

3. di non aver già ottenuto benefici economici da Comuni, Asl o Inps per gli interventi richiesti con il presente modulo;
4. (in caso di richiesta di contributo) che le coordinate bancarie sulle quali desidero ricevere il richiesto accredito sono:  
 Intestatario/i.....  
 .....  
 IBAN.....  
 .....
- (In caso di c/c non intestato al dichiarante, occorre allegare delega all'incasso e copia della carta di identità del delegato)
5. Desidero ricevere risposta alla mia richiesta per:  
 a. email (indirizzo)  
 b. posta (indirizzo)

Allego, ai fini di cui alla presente domanda:

- Copia Carta Identità del richiedente (se domanda non inoltrata con PEC);

.....  
 (Luogo e data)

In fede

.....

Il richiedente dichiara di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti dei controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ai sensi dell'art.71 del DPR n. 445/00 e 6 comma 3 del DPCM 221/99 così come modificato dal DPCM 242/01.

.....  
 (Luogo e data)

In fede

.....

CONSENSO DELL'INTERESSATO AI SENSI ART. 13 e 79 del DLgs 196/2003

Io sottoscritto con la firma della presente dichiarazione conferisco il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili che mi riguardano (come meglio indicato nell'informativa consegnatami), contenuti nell'archivio di ASCI - Lomazzo, per l'esercizio dell'attività resa nei miei confronti e dichiaro di essere a conoscenza dei diritti riconosciutimi dalla legge menzionata.

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma

.....

CONSENSO DELL'ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE O AVENTE DIRITTO AI SENSI ART. 13 e 79 del DLgs 196/2003

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

Di \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_

acquisite le informazioni di cui agli artt. 13 e 79, del DLgs 196/2003, con la firma della presente dichiarazione conferisco il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili che riguardano \_\_\_\_\_(come meglio indicato nell'informativa consegnatami), contenuti nell'archivio di ASCI – Azienda Sociale Comuni Insieme, Lomazzo per l'esercizio dell'attività resa nei suoi confronti e dichiaro di essere a conoscenza dei diritti riconosciuti dalla legge menzionata.

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma

.....