# **AL COMUNE DI GUARDIAGRELE**

**ECAD dell’ADS n.13 Marrucino**

# **c.a. Responsabile dell’Ufficio di Piano**

# **CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE – DPCM del 17ottobre2022**

**DGR ABRUZZO N. 307 del 01.06.2023 – ANNUALITÀ DEL FONDO 2022**

# **CUP: C91H23000230001**

# **MODELLO DI DOMANDA**

# **per il Contributo di sollievo**

**DATI DEL CAREGIVER FAMILIARE**

Il/la sottoscritto/a ……………………………………………………………………..........................

nato/a a …………………………………………………………… il ……...………………………

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

Residente a……………………………………………………………………………….. (……..)

In Via/piazza …………………………………………...…………………………………………….

CAP……………….. tel./cell.…….…………..………………….…

e-mail………….……………………………………………………..…………………….

**CHIEDE**

Di essere ammesso al seguente sostegno/contributo per caregiver familiare

# **Contributo di sollievo a sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare per persone in condizione di disabilità GRAVISSIMA**

A tale scopo, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole della decadenza dei benefici connessi e delle sanzioni penali previste, ai sensi degli articoli 75 e 76 dello stesso DPR, in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**:

1. **Di essere caregiver familiare di** *(compilare con i dati della persona assistita in condizione di DISABILITA’ GRAVISSIMA):*

Cognome e nome ………………………………………………………………………………………………….…

nato/a a …………………………………………………………… il ……...………………………

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

Residente a……………………………………………………………………………….. (……..)

In Via/piazza …………………………………………...…………………………………………….

CAP……………….. tel./cell.…….…………..………………….…

e-mail………….……………………………………………………..…………………….

# **(da compilare solo se la persona che ne cura gli interessi è diversa dal caregiver familiare)**

**DATI DELLA PERSONA CHE NE CURA E TUTELA GLI INTERESSI:**

Il/la sottoscritto/a …………………………………………………………………………………

nato/a a…………………………………………………………………il………...……………….

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

Residente a………………………………………………………………………………..( )

In Via/piazza …………………………………………...…………………………………………….

CAP……………….. tel./cell.…….…………..………………….…

e-mail………….……………………………………………………..…………………….

# **Di avere con la persona disabile il seguente rapporto di parentela o affinità:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * coniuge | * unito civilmente | * convivente. | * padre/madre |
| * figlio/figlia | * fratello/sorella | * nuora | * genero |

* nipote ❑Altro (specificare)

1. **Di assistere una persona disabile che si trova nelle seguenti condizioni** (è possibile selezionare più casistiche):

* l’assistito è stato sottoposto a valutazione da parte dell’U.V.M. presso il Distretto Sanitario di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in quanto persona in condizione di disabilità gravissima come definita dall’art 3 del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26/9/2016;

* persona NON lungodegente / NON accolta stabilmente presso strutture residenziali

**4-Di aver preso visione dell’Avviso e di essere consapevole** delle condizioni di INCOMPATIBILITA’ per la fruizione dei contributi oggetto della presente istanza; a tal proposito, **DICHIARA DI NON APPARTENERE** alle seguenti categorie di beneficiari:

* 1. Genitore caregiver dei minori con malattia rara e disabilità gravissima beneficiari del contributo erogato dalla Regione Abruzzo anno 2023 approvato con DGR n. 176 del 15/11/2023, se in godimento nel medesimo periodo temporale a cui si riferisce l’erogazione del presente contributo di sollievo;
  2. Caregiver dei soggetti assegnatari del contributo per la Vita Indipendente di cui alla L.R. 57/2012 annualità 2023, o interventi analoghi attuati con fondi nazionali, comunque in godimento nel medesimo periodo temporale a cui si riferisce l’erogazione del presente contributo di sollievo;
  3. Caregiver familiare di disabili beneficiari di progetti finanziati con il fondo “Dopo di Noi”;
  4. Caregiver di soggetti già assegnatari dell’Assegno di disabilità gravissima o similari contributi economici per importi pari o superiori a complessivi € 1.200,00 mensili, se in godimento nel periodo temporale a cui si riferisce l’erogazione del presente contributo;

**DICHIARA CHE:**

* + In riferimento ai suddetti contributi economici similari, la persona disabile assistita percepisce:

€ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ complessive per assegno FNNA (ultima assegnazione);

€\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mensili per HCP prestazione prevalente;

€ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (per altro da specificare);

**5 – di essere consapevole** che l’erogazione del contributo è condizionata all’effettiva permanenza a domicilio della persona disabile, e che in nessun caso è previsto l’intervento se la persona assistita risulta lungodegente o accolta stabilmente presso strutture residenziali all’atto della richiesta.

**DICHIARA INOLTRE CHE:**

* + Il caregiver assiste la persona disabile in maniera continuativa ed è CONVIVENTE
  + Il caregiver NON si trova in costanza di fruizione del congedo straordinario annuale/biennale retribuito per l’assistenza del disabile;

Inoltre, il caregiver familiare:

**DICHIARA** di avere un ISEE ordinario in corso di validità pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA** di essere consapevole che potranno essere eseguiti dei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rilasciate secondo quanto previsto dalla normativa vigente e per gli effetti dalla stessa stabiliti, ivi inclusa la decadenza o la revisione dal beneficio concesso.

**DICHIARA,** ai fini della valutazione della domanda, di avere preso atto e di accettare integralmente quanto stabilito nell’avviso ed in particolare i criteri e le condizioni di erogazione del contributo di cui all’articolo 6.

**DICHIARA** di essere consapevole che l’erogazione del contributo è subordinata alla sottoscrizione di un apposito Accordo di fiducia (tra il caregiver famigliare beneficiario del contributo o la persona che ne tutela gli interessi e l’ECAD), in cui sia esplicitato il tipo di intervento che si intende attivare con il contributo (sostituzione nel lavoro di cura, anche con individuazione del sostituto laddove possibile e/o ricovero di sollievo temporaneo), e si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi mutamento delle condizioni che hanno dato origine al beneficio (variazione di residenza, decesso, ricovero in struttura residenziale);

**COMUNICA** i seguenti dati ai fini della riscossione del contributo (**dati del caregiver familiare**)

Accredito su conto corrente intestato a……………………………………………………………

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

Banca/Posta……………………………………………………

**IBAN**:*(si consiglia di allegare anche copia di un documento della banca in cui sia riportato il codice IBAN, al fine di poter gestire eventuali errori o illeggibilità del codice sotto indicato)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**IL/LA DICHIARANTE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Allega alla presente:**

* Fotocopia del documento di identità del caregiver e della persona assistita, in corso di validità;
* Titoli di soggiorno se cittadini stranieri;
* Certificazione di disabilità gravissima della persona assistita;
* eventuale attestazione di avvenuta valutazione della persona assistita;
* certificazione ISEE ordinario del caregiver in corso di validità;

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell’art. 7 dell’Avviso sul trattamento dei dati personali di cui all’articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 e esprime formale autorizzazione.

**Luogo e data**

**IL / LA DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_