# All. A Al COMUNE DI ………

# DA PRESENTARE DAL 07.01.2025 SCADENZA 14.02.2025

**Oggetto: ISTANZA PER LA CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE ANNUALITA’ 2023– DPCM 30 NOVEMBRE 2023**

Il/la sottoscritto/a (caregiver)………………………………………………………… …..….…………...

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

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

residente a ……………………..…. in via …………………………......................……….………………

CAP……………… tel./cell.…….……………………………e-mail………….………….……………….

Pec…………………………………………………………..

**CHIEDE**

di essere ammesso al seguente contributo per caregiver familiare (Fondo anno 2023)

## CONTRIBUTO DI SOLLIEVO

finalizzato alla fruizione di prestazioni di tregua dall’assistenza alla persona con disabilità e di ricorrere al seguente tipo di intervento (barrare una delle due opzioni):

* Sostituzione nel lavoro di cura con l’individuazione di un sostituto:

sig./ sig.ra

* Ricovero di sollievo temporaneo ( es. fine settimana)

# DICHIARA:

(ai sensi degli art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci o forma, esibisce, si avvale di atti falsi ovvero non più rispondenti a verità e delle relative sanzioni penali di cui all’art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative e di decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato)

## di essere anagraficamente convivente e di assistere in maniera continuativa il proprio congiunto convivente

sig./sig.ra **…………………………………………………………………………………...**

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

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

residente a …………………….……. in via …….………...…………………………………………….

(**la residenza deve essere obbligatoriamente la stessa del caregiver)** tel./cell.…………………………e-mail/pec………….………………………….

## di avere il seguente rapporto di parentela o affinità:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * coniuge | * unito civilmente | * convivente | * padre/madre |
| * figlio/figlia * nipote | * fratello/sorella * suocero/suocera | * genero/nuora * cognato/cognata | * nonno/nonna |

1. **che il proprio congiunto convivente si trova nella seguente condizione**:

* 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 e beneficiaria dell’indennità di accompagnamento, oppure definita non autosufficiente ai sensi dell’allegato 3 del DPCM n. 159/2013 e a cui è riconosciuta la rispettiva indennità;

1. **di aver preso visione dell’Avviso e di essere consapevole** delle *condizioni di incompatibilità* per la fruizione dei contributi oggetto della presente istanza;

## di non essere:

1. genitore caregiver dei minori con malattia rara e disabilità gravissima beneficiari del contributo erogato direttamente dalla Regione Abruzzo, se in godimento nel periodo temporale a cui si riferisce l’erogazione del contributo di sollievo;
2. caregiver di soggetti assegnatari del contributo per la Vita Indipendente di cui alla L. R. 57/2012 o di interventi analoghi attuati con fondi nazionali (ad. es. Progetti Sperimentali di Vita indipendente finanziati con Fondi ministeriali), se in godimento nel periodo temporale a cui si riferisce l’erogazione del contributo di sollievo;
3. caregiver di disabili beneficiari di progetti finanziati con il fondo “Dopo di Noi”;
4. caregiver di soggetti già assegnatari dell’Assegno disabilità gravissima o similari contributi economici (es. Progetto Home Care Premium) per importi pari o superiori a complessivi € 1.200,00 mensili, se in godimento nel periodo temporale a cui si riferisce l’erogazione del contributo di sollievo;
5. **di essere consapevole** che il contributo:
   * è condizionato all’effettiva permanenza a domicilio della persona non autosufficiente 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;
   * decade in tutti i casi in cui i competenti Servizi accertino situazioni di carattere personale del caregiver o inerenti alla persona assistita che comportino il venir meno dell’attività di cura del familiare;
   * prevede la fruizione di prestazioni di sollievo;
   * è condizionato al possesso di un Modello ISEE ordinario anno 2025 non superiore ad € 36.000,00;
6. **di avere preso atto e di accettare** integralmente i criteri e le condizioni di erogazione del contributo di cui alla DGR n. DPG023/170 del 06.11.2023 nonché nell’avviso pubblico comunale;

## DICHIARA, inoltre:

## Composizione del Nucleo Familiare

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome e nome | Data di nascita | Grado di parentela | Situazione occupazionale (\*) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## (\*): Studente; Lavoratore/trice a tempo indeterminato; Lavoratore/trice a tempo determinato; Pensionato/a sociale; Pensionato/a; Disoccupato; Altro

|  |
| --- |
| Attualmente usufruisce dei seguenti servizi: |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | | | | | Tipologia Servizi | | Erogatore | | h. settimanali | | | Contributo(mensile) | |  | |  | |  | | |  | | □ | Servizio assistenza Domiciliare - SAD |  | |  | | |  | | □ | Assistenza Infermieristica Domiciliare |  | |  | | |  | | □ | Assistenza Programmata Domiciliare(ADP-Medico Curante) |  | |  | | |  | | □ | Servizio di Aiuto alla Persona |  | |  | | |  | | □ | P.L.N.A. (specificare): |  | |  | | |  | | □ | Assegno di Cura (FNA) |  | |  | | |  | | □ | Trasporto sociale |  | |  | | |  | | □ | Buoni Servizio |  | |  | | |  | | □ | Disponibilità di obiettori di coscienza/volontariato/Servizio Civile |  | |  | | |  | | □ | Centro Diurno / Laboratorio |  | |  | | |  | | □ | Inserimento Lavorativo / Formativo |  | |  | | |  | | □ | Servizio Socio Assistenziale Scolastico e/o Socio Educativo Scolastico e/o Extra Scolastico |  | |  | | |  | | □ | Contributo per la Vita Indipendente (L.R.57/2012) |  | |  | | |  | | □ | Prestazione servizio ai sensi dell’Home Care Premium (HCP) |  | |  | | |  | | □ | Beneficio economico ai sensi dell’Home Care Premium (HCP) |  | |  | | |  | | □ | Contributo per il care-giver per l’assistenza familiare di minori affetti da malattie rare in età pediatrica (L.R. 43/2016) |  | |  | | |  | | □ | Altro: |  | |  | | |  | |

## DICHIARA, inoltre:

1. di essere consapevole che l’erogazione del contributo è subordinata alla sottoscrizione di un apposito accordo di fiducia tra il caregiver familiare ed i Servizi Sociali del comune di residenza in cui siano esplicitate le modalità di assistenza garantite dal caregiver familiare e il ricorso ad interventi assistenziali di sostituzione utili alla cura del proprio congiunto, esplicitando il tipo di intervento che il caregiver intende attuare con il contributo;
2. di essere consapevole che potranno essere eseguiti 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;
3. di essere attualmente beneficiario del seguente contributo avente le medesime finalità (specificare) per l’importo mensile di €……………………..
4. di volersi avvalere della valutazione già effettuata dalla UVM (se trattasi di compromissioni fisiche/intellettive, neurologiche e funzionali non passibili di miglioramento)

 SI  NO

1. che la rete di supporto familiare, sociale e sociosanitaria è caratterizzata dai seguenti aspetti:

* presenza di altri disabili
* presenza di anziani ultrasettantacinquenni
* presenza di minori di anni 12
* fruizione dei seguenti servizi socio assistenziali (Es. SAD, Home Care Premium,ecc.)

………………………………………………………………………………………

* situazione occupazionale del caregiver……………………………………………………

**COMUNICA** i seguenti dati ai fini della riscossione del contributo

## (Non è consentito l’accredito su libretti postali, il c/c deve essere intestato al Caregiver Familiare)

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

CF Intestario conto …………………………………………

IBAN:

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

## Allega alla presente:

* fotocopia documento di identità in corso di validità del familiare assistito;
* fotocopia documento di identità in corso di validità del caregiver;
* certificazione di invalidità dell’assistito in condizione di disabilità gravissima (come definito dall’art. 3 dell’Avviso);
* certificazione ISEE ordinario del nucleo familiare del richiedente- anno 2025;
* eventuale fotocopia del certificato di invalidità di altri componenti il nucleo familiare;
* titolo di soggiorno laddove ricorre il caso.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell’art. 12 dell’Avviso sul trattamento dei dati personali di cui all’articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 ed esprime formale autorizzazione.

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

IL/LA DICHIARANTE

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