Al COMUNE DI SPOLTORE
ECAD dell'ADS n. 16 Metropolitano

Responsabile dell'Ufficio di Piano
dell'Ambito Distrettuale Sociale n. 16 Metropolitano

CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE - DPCM del 27 ottobre 2020

MODELLO DI DOMANDA per l'Assegno di cura
CUP: D99J21017200009

DATI DELLA PERSONA ASSISTITA (con disabilità grave o gravissima)

Il/la sottoscritto/a .....

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

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

residente a..... (.....)

in via/piazza.....

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

(da compilare solo in caso di incapacità della persona assistita)

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.....

CHIEDE

di essere ammesso al seguente sostegno/contributo per caregiver familiare di cui alla DGR n. 589 del 20.09.2021

❑ **Assegni di cura a sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare per persone in condizione di disabilità grave o gravissima (finalizzati all'assistenza diretta o indiretta).**

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 assistito, presso il proprio domicilio, dal caregiver:

Cognome e Nome .....

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

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

residente a..... (.....)

in via/piazza.....

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

2- Di avere con il caregiver il seguente rapporto di parentela o affinità:

❑ coniuge ❑ unito civilmente ❑ convivente. ❑ padre/madre

❑ figlio/figlia ❑ fratello/sorella ❑ nuora ❑ genero

❑ nipote ❑ Altro (specificare) _____

3- Di trovarsi nelle seguenti condizioni (è possibile selezionare più casistiche):

❑ persona non in grado di prendersi cura di sé, riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104

❑ 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, beneficiaria dell'indennità di accompagnamento, oppure definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013 e a cui è riconosciuta la rispettiva indennità;

❑ 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;

4- Di aver preso visione dell'Avviso e di essere consapevole delle condizioni di INCOMPATIBILITA' per la fruizione dei contributi oggetto della presente istanza, e DICHIARA di NON ESSERE ASSEGNATARIO dei seguenti benefici:

a) Contributo per i genitori caregiver dei minori con malattia rara e disabilità gravissima ex Avviso regionale anno 2021 approvato con DGR n. 687 del 2/11/2021,

b) Contributo per la Vita Indipendente di cui alla L. R. 57/2012 annualità 2020 in cui progetto è ancora in corso o annualità 2021 o di interventi analoghi attuati con fondi nazionali,

c) Assegno disabilità gravissima o similari contributi economici per importi pari o superiori a complessivi € 1.200,00 mensili,

5- di essere consapevole che l'erogazione del contributo è condizionata 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.

DICHIARA INOLTRE CHE:

In riferimento a contributi economici similari percepisce:

- € _____ complessive per assegno FNNA (ultima assegnazione)
- € _____ mensili per HCP prestazione prevalente,
- € _____ (per altro da specificare) _____

Il caregiver lo assiste in maniera continuativa; è residente / domiciliato nella Regione Abruzzo ed è:

- ☐ convivente con il sottoscritto/persona assistita
- ☐ residente nello stesso Comune del sottoscritto/persona assistita
- ☐ residente in un Comune diverso (specificare) _____
- ☐ che NON si trova in costanza di fruizione del congedo straordinario annuale/biennale retribuito per l'assistenza del sottoscritto/della persona assistita.

Ai fini della valutazione della domanda dichiara di avere preso atto e di accettare integralmente i criteri e le condizioni di erogazione del contributo di cui all'articolo 6 dell'avviso.

DICHIARA inoltre di essere consapevole che l'erogazione del contributo è subordinata alla sottoscrizione di un apposito Accordo di fiducia tra la persona assistita o la persona che ne tutela gli interessi, il caregiver familiare beneficiario del contributo e l'ECAD in cui siano esplicitate le modalità di assistenza diretta garantite dal Caregiver familiare o, in alternativa, le modalità di acquisizione dell'assistenza indiretta con l'individuazione del fornitore del servizio;

DICHIARA inoltre 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.

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 della persona assistita in corso di validità;
- □ titolo di soggiorno se cittadino straniero;
- □ certificazione di disabilità/non autosufficienza della persona assistita
- □ fotocopia documento di identità in corso di validità del caregiver;
- □ titolo di soggiorno se cittadino straniero;
- □ certificazione ISEE della persona assistita, in corso di validità;
- □ Attestazione dei servizi sociosanitari circa il ruolo di caregiver familiare della persona che lo assiste.

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 ed esprime formale autorizzazione.

Luogo e data _____

IL/LA DICHIARANTE

_____