

ALLEGATO A

All'Ufficio di Piano

ECAD N°14

Comune di MONTEODORISIO

CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE - DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 8 GENNAIO 2025 - DGR ABRUZZO N. 499 DEL 30/07/2025 – annualità 2024

MODELLO DI DOMANDA

Il/la sottoscritto/a

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

[illegible]

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

in via/piazza.....

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

CHIEDE

di essere ammesso al seguente contributo per caregiver familiare di cui alla DGR N. 499/2025:

☐ **CONTRIBUTO DI SOLLIEVO** a sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare convivente di un congiunto in condizione di disabilità gravissima (finalizzato alla fruizione di prestazioni di tregua dall'assistenza continuativa alla persona con disabilità gravissima con interventi di sollievo).

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 anagraficamente convivente e di assistere, presso il proprio domicilio, il sottoindicato congiunto:

DATI DELLA PERSONA ASSISTITA (con disabilità gravissima)

COGNOME e NOME

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

[illegible]

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

in via/piazza.....

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

2- Di avere con l'assistito il seguente rapporto di parentela o affinità entro il II grado:

- | | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|
| ☐ coniuge | ☐ unito civilmente | ☐ convivente di fatto | ☐ padre/madre |
| ☐ figlio/figlia | ☐ fratello/sorella | ☐ nuora | ☐ genero |
| ☐ cognato | | | |

Oppure

3- Di avere con l'assistito il seguente rapporto di parentela o affinità entro il III grado poiché i genitori o il coniuge (sottolineare la condizione che ricorre), hanno compiuto i 65 anni di età o sono affetti da patologie invalidanti* o sono deceduti o mancanti:

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ nipote (linea collaterale) | ☐ zio/a (linea collaterale) | ☐ Bisnipote (linea retta) |
| ☐ bisnonno/a (linea retta) | ☐ zio/a del coniuge | |

**allegare certificato che attesti le patologie invalidanti*

4- Che il congiunto assistito si trova 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;

5- 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:

- genitori caregiver dei minori con malattia rara e disabilità gravissima beneficiari del contributo erogato direttamente da Regione Abruzzo se in godimento nel medesimo periodo temporale a cui si riferisce l'erogazione del presente contributo di sollievo;
- caregiver dei 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) comunque in godimento nel medesimo periodo temporale a cui si riferisce l'erogazione del presente contributo di sollievo;
- caregiver familiari di persone con disabilità, beneficiari di progetti per la residenzialità continuativa e stabile fuori dalla famiglia d'origine finanziati con il fondo "Dopo di Noi";
- caregiver dei soggetti già assegnatari dell'Assegno disabilità gravissima o simili 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;

6- 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;
- si interrompe se il ricovero di sollievo temporaneo della persona assistita si protrae oltre i 7gg.

7- Che l'ISEE ordinario del nucleo familiare, in corso di validità, è pari ad €

DICHIARA INOLTRE CHE:

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 alla DGR n. 307/2023 e DICHIARA che ricorre una delle seguenti caratteristiche in ordine alle priorità di intervento individuate:

☐ **A.** Genitore caregiver che assiste il figlio/la figlia minore in situazione di disabilità gravissima come definita all'art. 3 del DM 26/9/2016, privo dell'altro genitore

☐ **B.** Genitore caregiver che assiste il figlio/la figlia minore in situazione di disabilità gravissima come definita all'art. 3 del DM 26/9/2016

(N.B. BARRARE SOLO SE RICORRE UNA DELLE CONDIZIONI SOPRA INDICATE)

DICHIARA inoltre di essere consapevole che l'erogazione del contributo è subordinata alla sottoscrizione di un apposito Accordo di fiducia tra il caregiver familiare e l'ECAD di riferimento in cui siano esplicitate le modalità di fruizione del contributo di sollievo;

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 di sollievo

Accredito su conto corrente intestato a.....

[illegible]

Banca

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)*

[illegible]

Luogo e data _____

IL/LA DICHIARANTE

Allega alla presente:

- ☐ fotocopia documento di identità in corso di validità del caregiver familiare;
- ☐ titolo di soggiorno se cittadino straniero;
- ☐ certificazione di disabilità/non autosufficienza della persona assistita
- ☐ certificazione ISEE ordinario del nucleo familiare del richiedente (caregiver familiare), in corso di validità;
- ☐ autodichiarazione dell'assistito o di chi ne tutela gli interessi che individua il caregiver familiare che lo assiste;
- ☐ fotocopia del documento di identità della persona assistita e di chi ne tutela gli interessi, in corso di validità;
- ☐ titolo di soggiorno se cittadino straniero;
- ☐ documento del Tribunale che attesti la tutela legale del rappresentato;
- ☐ eventuale 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

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Io Sottoscritta/o _____ c.f. _____

nata/o a _____ (____) il ____/____/____,

residente a _____ (____) in _____ n° _____

(dati dell'Assistito)

oppure

Io Sottoscritta/o _____ c.f. _____

nata/o a _____ (____) il ____/____/____,

residente a _____ (____) in _____ n° _____

(dati di chi ne tutela gli interessi, da compilare solo in caso di incapacità dell'assistito)

In rappresentanza dell'Assistito (Nome e Cognome) _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARO

che il mio congiunto, convivente e residente con il sottoscritto, sig. _____, nato a _____,

il _____, CF _____ rappresenta di fatto il caregiver familiare esclusivo o prevalente che presta nei miei confronti una assistenza continuativa.

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.