



All. A

Al COMUNE DI PESCARA – ECAD 15
Settore Politiche per il Cittadino
Servizio Gestione Politiche Sociali

Oggetto: ISTANZA PER LA CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE ANNUALITA' 2021– DPCM 28 DICEMBRE 2021

Tipologia di intervento: Assegni di cura per persone in condizione di disabilità grave o gravissima, finalizzati all'assistenza(diretta o indiretta) della persona con grave o gravissima disabilità

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.....

Pec.....

(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.....

Pec.....

CHIEDE

di essere ammesso al seguente sostegno/contributo per caregiver familiare (Fondo anno 2021)

☐ **Assegni di cura per persone in condizione di disabilità grave o gravissima, finalizzati all'assistenza diretta o indiretta.**

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,

DICHIARA:

1. Di essere assistito, presso il proprio domicilio, dal caregiver:

Cognome e Nome

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

[illegible]

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

in via/piazza.....

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

pec.....

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

☐ coniuge ☐ unito civilmente ☐ convivente ☐ padre/madre☐ figlio/figlia ☐ fratello/sorella ☐ genero/nuora ☐ nonno/nonna

☐ nipote ☐ suocero/suocera ☐ cognato/cognata

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 incompatibilità per la fruizione dei contributi oggetto della presente istanza;

5. di non essere già beneficiario del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare erogato nel 2023 e relativo alle annualità 2018-2019-2020;

6. di non essere assegnatario dei seguenti benefici:

- a) contributo per genitori caregiver dei minori con malattia rara e disabilità gravissima beneficiari del contributo anno 2022 ex DGR 570 del 18.10.2022 (limitatamente ad eventuali contributi afferenti il presente Fondo da percepire nell'anno solare 2023);
- b) contributo per 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) ;
- c) contributo per caregiver dei 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, nel cui Contratto di fiducia gli stessi risultano individuati quali assistenti personali;

7. 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 della persona assistita si protrae oltre i 40gg; è ripristinato al rientro della persona assistita nella casa familiare.

8. che il caregiver:

- ☐ lo assiste in maniera continuativa;
- ☐ è residente nella Regione Abruzzo;
- ☐ è convivente con il sottoscritto/persona assistita
- ☐ è residente nello stesso Comune del sottoscritto/persona assistita
- ☐ è residente in un Comune diverso (specificare) _____
- ☐ non si trova in costanza di fruizione del congedo straordinario annuale/biennale retribuito per l'assistenza del sottoscritto/della persona assistita.

9. di avere preso atto e di accettare integralmente i criteri e le condizioni di erogazione del contributo di cui alla DGR n. 770 del 12.12.2022;

10. che ricorre una delle seguenti caratteristiche in ordine alle priorità di intervento (barrare solo se ricorre una delle seguenti condizioni):

- ☐ Genitore caregiver che assiste il figlio/la figlia minore in situazione di disabilità gravissima come definita all'art. 3 del DM 26/9/2016;
- ☐ 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;
- ☐ Coniuge Caregiver in età avanzata (68 anni e oltre) senza figli, convivente della persona Assistita;
- ☐ Caregiver in giovane età (maggiorenne con età fino a 32 anni compiuti), convivente con la persona assistita, che assiste il genitore vedovo o separato ovvero il fratello/la sorella, senza ulteriore sostegno familiare e risulti inoccupato o disoccupato.

DICHIARA, inoltre:

11. di essere consapevole che l'erogazione del contributo è subordinata alla sottoscrizione di un apposito Accordo di fiducia tra la persona assistita ammessa a contributo, o la persona che ne tutela gli interessi, il caregiver familiare e l'ECAD 15 Pescara in cui sono 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;
12. 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;
13. di essere attualmente beneficiario del seguente contributo avente le medesime finalità (specificare)_____ per l'importo mensile di €.....
14. di volersi avvalere della valutazione UVM effettuata nell'anno 2022 ☐ SI
☐ NO

COMUNICA i seguenti dati ai fini della riscossione del contributo

Accredito su conto corrente intestato a

(il c/c deve essere intestato o cointestato alla persona disabile assistita. Non è consentito l'accredito su libretti postali)

Banca

IBAN:

□ □

Luogo e data

IL DICHIARANTE

Allega alla presente:

- ☐ fotocopia documento di identità in corso di validità del familiare assistito;
- ☐ fotocopia documento di identità in corso di validità del caregiver;
- ☐ titolo di soggiorno laddove ricorre il caso;
- ☐ certificazione di disabilità grave e/o non autosufficienza dell'assistito;
- ☐ certificazione ISEE socio/sanitaria in corso di validità dell'assistito.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'art. 9 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
