# **AL COMUNE DI FRANCAVILLA AL MARE**

**ECAD dell’ADS n. 09 VAL DI FORO**

# **Ufficio Politiche Sociali**

# **BENEFICI A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE 2024. DPCM DEL 17.10.2022 E DGR ABRUZZO N. 307 DEL 01.06.2023 CUP: B91H24000200001**

# **MODELLO DI DOMANDA 2024 per il Contributo di sollievo**

**DATI DEL CAREGIVER FAMILIARE**

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

nato/a a……………………………………………………………

il ………...……………………………

CodiceFiscale |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

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

In via/piazza/contrada …………………………………………...…………………………………

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 ……………………………………………………………. il ……………………………

Codice fiscale |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

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

In via/piazza/contrada …………………………………………...…………………………………

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/lasottoscritto/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

1. **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 annualità2023,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);

* + **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 € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
  + 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;
  + 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;
  + 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** dell’intestatario del Conto Corrente |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

Banca/Posta …………………………………………………...

**IBAN**: ***(si consiglia di allegare anche copia di un documento della banca/posta 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

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