


Amministrazione destinataria

Comune di Morro D'Oro

Ufficio destinatario

Area amministrativa

Domanda per la concessione del contributo a sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare

Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza										
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata					

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento
(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

di essere ammesso al seguente sostegno/contributo per caregiver familiare

- CONTRIBUTO DI SOLLIEVO** per i Caregiver familiari che assistono un congiunto convivente in condizione di disabilità gravissima (art. 3 del Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali 26.09.2016)

finalizzato alla fruizione di prestazioni di tregua dall'assistenza alla persona con disabilità e di ricorrere al seguente tipo di intervento

- sostituzione nel lavoro di cura con l'individuazione di un sostituto:

Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

- sostituzione nel lavoro di cura con l'individuazione di un sostituto:

COMUNICA

i seguenti dati ai fini della riscossione del contributo

(il c/c deve essere intestato al Caregiver Familiare. Non è consentito l'accredito su libretti postali)

domiciliazione bancaria o postale del conto corrente

Istituto

IBAN

Codice BIC (swift) (se conto estero)

Intestatario del conto corrente

- il sottoscritto è intestatario del conto corrente
- l'intestatario del conto corrente è la seguente persona fisica

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

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

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			

(la residenza deve essere obbligatoriamente la stessa del caregiver)

- di avere il seguente rapporto di parentela o affinità

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

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, 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, 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

Distretto Sanitario

Data

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:

- a) 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;
- b) 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;
- c) caregiver di disabili beneficiari di progetti finanziati con il fondo "Dopo di Noi"
- d) caregiver di soggetti già assegnatari dell'Assegno disabilità gravissima o simili 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

di essere consapevole che l'erogazione del 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 2024 non superiore ad € 36.000,00

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

che la composizione del nucleo familiare è la seguente

componente n. 1

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stato civile	Rapporto di parentela		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

componente n. 2

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stato civile	Rapporto di parentela		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

componente n. 3

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stato civile	Rapporto di parentela		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

componente n. 4

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stato civile	Rapporto di parentela		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

che l'attuale situazione abitativa del candidato al progetto è la seguente

- da solo
- in famiglia
- in comunità
- altro (*specificare*)

che attualmente usufruisce dei seguenti servizi

Tipologia di servizi	Erogatore	Numero di ore settimanali	Contributo mensile	Tipologia d'intervento
<input type="checkbox"/> servizio assistenza domiciliare SAD (PDS/FNA)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> assistenza infermieristica domiciliare ADI (PDS/FNA)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> assistenza programmata domiciliare (ADP – Medico curante)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> servizio di aiuto alla persona	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> assegno di cura (FNA)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> trasporto sociale (PDS/FNA)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> buoni servizio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> disponibilità di obiettori coscienza/volontariato/stato civile	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> centro diurno/laboratorio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> inserimento lavorativo/formativo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> servizio socio assistenziale scolastico e/o socio educativo scolastico o extrascolastico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> contributo per la vita indipendente (L.R 57/2012)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>

<input type="checkbox"/>	prestazione servizio ai sensi dell'home care premium (HCP)				€	
<input type="checkbox"/>	beneficio economico ai sensi dell'home care premium (HCP)				€	
<input type="checkbox"/>	contributo per il caregiver per l'assistenza familiare di minori affetti da malattie rare in età pediatrica				€	
<input type="checkbox"/>	altro (specificare)				€	

- di essere consapevole che l'erogazione del contributo è subordinata alla sottoscrizione di un apposito Accordo di fiducia tra il caregiver familiare ammesso a contributo e l'Unione dei Comuni delle Terre del Sole, in cui siano esplicitate le modalità di assistenza diretta 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
- 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
- di volersi avvalere della valutazione già effettuata dalla UVM 2023 (se trattasi di compromissioni fisiche/intellettive, neurologiche e funzionali non passibili di miglioramento)

- si
- no

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Morro d'Oro

Luogo

Data

il dichiarante