**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** ☐ | **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**

○ 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 similari 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**

**Data di nascita** | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

**Stato civile** | **Rapporto di parentela**

☐ **componente n. 2**

**Cognome** | **Nome** | **Codice Fiscale**

**Data di nascita** | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

**Stato civile** | **Rapporto di parentela**

☐ **componente n. 3**

| Cognome | Nome | Codice Fiscale |
|---|---|---|
| | | |

| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Stato civile | Rapporto di parentela |
|---|---|
| | |

☐ **componente n. 4**

| Cognome | Nome | Codice Fiscale |
|---|---|---|
| | | |

| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Stato civile | Rapporto di parentela |
|---|---|
| | |

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

- ○ 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ servizio assistenza domiciliare SAD (PDS/FNA) | | | | € | |
| ☐ assistenza infermieristica domiciliare ADI (PDS/FNA) | | | | € | |
| ☐ assistenza programmata domiciliare (ADP – Medico curante) | | | | € | |
| ☐ servizio di aiuto alla persona | | | | € | |
| ☐ assegno di cura (FNA) | | | | € | |
| ☐ trasporto sociale (PDS/FNA) | | | | € | |
| ☐ buoni servizio | | | | € | |
| ☐ disponibilità di obiettori coscienza/volontariato/stato civile | | | | € | |
| ☐ centro diurno/laboratorio | | | | € | |
| ☐ inserimento lavorativo/formativo | | | | € | |
| ☐ servizio socio assistenziale scolastico e/o socio educativo scolastico o extrascolastico | | | | € | |
| ☐ contributo per la vita indipendente (L.R 57/2012) | | | | € | |

☐ prestazione servizio ai sensi dell'home care premium (HCP) € 

☐ beneficio economico ai sensi dell'home care premium (HCP) € 

☐ contributo per il caregiver per l'assistenza familiare di minori affetti da malattie rare in età pediatrica € 

☐ 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** |