All'ECAD N°12 "Sangro-Aventino"
Unione Montana dei Comuni del Sangro
Via Duca degli Abruzzi, 104
66047 Villa Santa Maria (CH)

OGGETTO: CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE - DPCM del 27 ottobre 2020 – Intervento "Assegno di cura finalizzato alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita".

MODELLO DI DOMANDA

DATI DEL CAREGIVER

Il/la sottoscritto/a ……...

nato/a a…… il……...…….

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

residente a…….. (.....)

in via/piazza……...…….

CAP…… tel./cell……./……e-mail……..…….

IN QUALITÀ DI CAREGIVER del/la Sig/ra _____

CHIEDE

di essere ammesso al seguente sostegno/contributo per caregiver familiare di cui alla DGR n. 589 del 20.09.2021

❑ **Assegno di cura finalizzato all'acquisto di servizi di cura/assistenza diretta a favore del disabile assistito che rientra nella casa familiare a seguito di deistituzionalizzazione.**

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 e di assistere il familiare**:

Cognome e Nome .....…….....

nato/a a…… il……...…….

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

residente a…….. (.....)

in via/piazza……...…….

CAP…… tel./cell……./……e-mail……..…….

2- **Di avere con l'assistito/a il seguente rapporto di parentela o affinità:**

❑ coniuge ❑ unito civilmente ❑ convivente. ❑ padre/madre

❑ figlio/figlia ❑ fratello/sorella ❑ nuora ❑ genero

❑ nipote ❑ genitore solo ❑ coniuge senza figli

❑ Altro (specificare) _____

3- **□ di convivere con la persona assistita;**

□ **di impegnarsi a convivere** con la persona assistita dal momento della deistituzionalizzazione e di essere consapevole che l'erogazione dell'eventuale contributo economico potrà decorrere solo dalla data di rientro in famiglia della persona assistita,

4- **di essere : ❑ occupato ❑ disoccupato ;**

5- **Che il familiare 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;

❑ persona titolare di indennità di accompagno;

□ persona non autosufficiente ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013 e a cui è riconosciuta la rispettiva indennità;

❑ persona inserita in una struttura residenziale, in regime convenzionato, destinataria di programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento con il caregiver familiare;

6- **Che il familiare assistito:**

❑ Non usufruisce di alcun servizio;

❑ Usufruisce dei seguenti servizi socio-sanitari _____

_____

_____

❑ Non beneficia di interventi a carattere economico;

❑ Beneficia dei seguenti interventi a carattere economico: _____

_____

_____

Per l'importo mensile di € _____

DICHIARA INOLTRE:

☐ di aver preso visione dell'Avviso e di essere consapevole delle condizioni di INCOMPATIBILITA' per la fruizione dei contributi oggetto della presente istanza come in esso riportati, ai sensi di quanto previsto dalla DGR 589/2021;

☐ di avere preso atto e accettare integralmente i criteri e le condizioni di erogazione del contributo di cui alla DGR n. 589 del 20.09.2021.

☐ 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.

A TAL FINE

comunica i seguenti dati per la riscossione del contributo :

Accredito su conto corrente intestato a ……

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

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)*

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Luogo e data _____

IL/LA DICHIARANTE

_____

Allega alla presente:

 fotocopia del documento di identità in corso di validità del caregiver;
 titolo di soggiorno se cittadino straniero;
 fotocopia documento di identità in corso di validità del familiare assistito;
 titolo di soggiorno se cittadino straniero;
 certificazione di disabilità/non autosufficienza della persona assistita
 certificazione ISEE ORDINARIO del caregiver richiedente il contributo, in corso di validità;
 certificazione ISEE SOCIO-SANITRIO dell'assistito, in corso di validità;
 dichiarazione di impegno ad attivare l'iter per la predisposizione del PAI finalizzato alla deistituzionalizzazione della persona assistita che potrà dare luogo alla concessione del contributo economico (All. A);
 attestazione della presenza in struttura socio-sanitaria/sanitaria della persona assistita.

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

_____

All. A

OGGETTO: Dichiarazione di impegno ad attivare l'iter per la predisposizione del PAI finalizzato alla deistituzionalizzazione della persona assistita che potrà dare luogo alla concessione del contributo economico

Il/la sottoscritto/a …….....

nato/a a…… il……...…….

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

residente a……. (.....)

in via/piazza……...…….

CAP…… tel./cell……./……e-mail……..…….

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

Di impegnarsi ad attivare l'iter per la predisposizione del PAI finalizzato alla deistituzionalizzazione della persona assistita che potrà dare luogo alla concessione del contributo economico.

Luogo, _____ data _____

Il/La Richiedente

_____