***All’ENTE AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE N°22***

***UFFICIO DI PIANO ECAD N°22 “TORDINO-VOMANO”***

**CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE - DPCM del 27 ottobre 2020**

**MODELLO DI DOMANDA**

**per l’Assegno di cura**

**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………….………………………….

**(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………….………………………….

**CHIEDE**

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

❑ **Assegni di cura per persone in condizione di disabilità grave o gravissima (finalizzati all’assistenza diretta o indiretta).**

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 assistito, presso il proprio domicilio, dal caregiver**:

Cognome e Nome .......………………………………….................................................................... nato/a a…………………………………………………………… il………...…………….

Codice Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| residente a……………………………………………………………………………….. (......) in via/piazza……………………………………………...……………………………………………. CAP……………… tel./cell.……./………………………e-mail………….………………………….

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

❑ coniuge ❑ unito civilmente ❑ convivente. ❑ padre/madre ❑ figlio/figlia ❑ fratello/sorella ❑ nuora ❑ genero

❑ nipote ❑ Altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **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;

1. **Di aver preso visione dell’Avviso e di essere consapevole** delle condizioni di INCOMPATIBILITA’ per la fruizione dei contributi oggetto della presente istanza, e DICHIARA di NON ESSERE ASSEGNATARIO dei seguenti benefici:
2. Contributo per i genitori caregiver dei minori con malattia rara e disabilità gravissima ex Avviso regionale approvato con DGR n. 687 del 2/11/2021,
3. Contributo per la Vita Indipendente di cui alla L. R. 57/2012 il cui progetto è ancora in corso o di interventi analoghi attuati con fondi nazionali,
4. Assegno disabilità gravissima o similari contributi economici per importi pari o superiori a complessivi € 1.200,00 mensili;
5. **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.

**DICHIARA INOLTRE CHE:**

Il caregiver lo assiste in maniera continuativa; è residente / domiciliato nella Regione Abruzzo ed è:

O convivente con il sottoscritto/persona assistita

O residente nello stesso Comune del sottoscritto/persona assistita

O residente in un Comune diverso (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O che NON si trova in costanza di fruizione del congedo straordinario annuale/biennale retribuito per l’assistenza del sottoscritto/della persona assistita.

Ai fini della valutazione della domanda dichiara di avere preso atto e di accettare integralmente i criteri e le condizioni di erogazione del contributo di cui alla DGR n. 589 del 20.09.2021 e DICHIARA che ricorre una delle seguenti caratteristiche in ordine alle priorità di intervento individuate:

**❑** 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 sostengo familiare e risulti inoccupato o disoccupato.

(N.B. BARRARE SOLO SE RICORRE UNA DELLE CONDIZIONI SOPRA INDICATE)

**DICHIARA** inoltre 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 di riferimento in cui siano 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;

**DICHIARA** inoltre 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.

**COMUNICA** i seguenti dati ai fini della 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 della persona assistita in corso di validità;

titolo di soggiorno se cittadino straniero;

* certificazione di disabilità/non autosufficienza della persona assistita
* fotocopia documento di identità in corso di validità del caregiver;
* titolo di soggiorno se cittadino straniero;
* certificazione ISEE della persona assistita, in corso di validità;
* Attestazione dei servizi sociosanitari circa il ruolo di caregiver familiare della persona che lo assiste.

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’ENTE AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE N° 22***

***UFFICIO DI PIANO ECAD N° 22 “TORDINO-VOMANO”***

**CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE - DPCM del 27 ottobre 2020**

**MODELLO DI DOMANDA**

**per interventi una tantum e deistituzionalizzazione**

**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

❑ **Contributi una tantum a favore dei caregiver di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali.**

❑ **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 assistere il familiare**:

Cognome e Nome .......…………………………………................................................................ nato/a a…………………………………………………………… il………...…………….

Codice Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| residente a……………………………………………………………………………….. (......) in via/piazza……………………………………………...……………………………………………. CAP……………… tel./cell.……./………………………e-mail………….………………………….

1. **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 ❑ Altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **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, oppure definite non autosufficienti ai sensi dell’allegato 3 del DPCM n. 159/2013 e a cui è riconosciuta la rispettiva indennità;

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

1. **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;

**DICHIARA INOLTRE:**

**O di CONVIVERE** con la persona assistita

**O 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**

O 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.

**DICHIARA** inoltre 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.

**COMUNICA** i seguenti dati ai fini della 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:**

**per le istanze relative al contributo una tantum:**

* fotocopia del proprio documento di identità in corso di validità;
* 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 del caregiver richiedente il contributo, in corso di validità;
* Attestazione dei servizi sociosanitari circa il ruolo di caregiver familiare ricoperto nel processo di cura della persona assistita;
* Attestazione UVM, o di altri Organismi sociosanitari autorizzati, di avvenuta valutazione della persona assistita con espresso parere positivo all’inserimento in struttura;
* Certificazione da parte della struttura, di impossibilità di accesso a causa delle disposizioni normative inerenti la situazione di emergenza sanitaria;

**per le istanze relative alla deistituzionalizzazione:**

1. fotocopia del proprio documento di identità in corso di validità;
2. titolo di soggiorno se cittadino straniero;
3. fotocopia documento di identità in corso di validità del familiare assistito;
4. titolo di soggiorno se cittadino straniero;
5. certificazione di disabilità/non autosufficienza della persona assistita
6. certificazione ISEE della persona assistita, in corso di validità;
7. attestazione della presenza in struttura sociosanitaria/sanitaria della persona assistita
8. Dichiarazione di impegno ad attivare l’iter per la predisposizione del progetto assistenziale personalizzato finalizzato alla deistituzionalizzazione della persona assistita che potrà dare luogo alla concessione del contributo economico.

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