



Comune di Bellante



Città di Giulianova



Comune di Morro d'Oro



Comune di Mosciano Sant'Angelo



Comune di Roseto degli Abruzzi



Comune di Notaresco

d) caregiver di soggetti già assegnatari dell'Assegno disabilità gravissima o similari contribuiti 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.

6. 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;

7. 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:

Composizione del Nucleo Familiare

Cognome e nome	Data e luogo di nascita	Grado di parentela	Situazione occupazionale (*)	ISEE

(*) Studente; Lavoratore/trice a tempo indeterminato; Lavoratore/trice a tempo determinato; Pensionato/a sociale; Pensionato/a; Disoccupato; Altro

Attuale situazione abitativa del candidato al progetto da solo in famiglia in Comunità
 altro:



Comune di
Bellante



Città di
Giulianova



Comune di
Morro d'Oro



Comune di
Mosciano
Sant'Angelo



Comune di
Roseto degli
Abruzzi



Comune di
Notaresco

Attualmente usufruisce dei seguenti servizi

Tipologia Servizi		Erogator e	h. settimanali	contributo (mensile)	Tipologia d'intervento (PDS/FNA/alt ro)
<input type="checkbox"/>	Servizio assistenza Domiciliare – SAD (PDS/FNA)				
<input type="checkbox"/>	Assistenza Infermieristica Domiciliare – ADI (PDS/FNA)				
<input type="checkbox"/>	Assistenza Programmata Domiciliare (ADP - Medico Curante)				
<input type="checkbox"/>	Sevizio di Aiuto alla Persona				
<input type="checkbox"/>	Assegno di Cura (FNA)				
<input type="checkbox"/>	Trasporto sociale (PDS/FNA)				
<input type="checkbox"/>	Buoni Servizio				
<input type="checkbox"/>	Disponibilità di obiettori di Coscienza/Volontariato/Servizio civile				
<input type="checkbox"/>	Centro Diurno / Laboratorio				
<input type="checkbox"/>	Inserimento Lavorativo / Formativo				
<input type="checkbox"/>	Servizio Socio Assistenziale Scolastico e/o Socio Educativo Scolastico e/o Extra Scolastico				
<input type="checkbox"/>	Contributo per la Vita Indipendente (L.R. 57/2012)				
<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 (L.R. 43/2016)				
<input type="checkbox"/>	Altro:				



Comune di Bellante



Città di Giulianova



Comune di Morro d'Oro



Comune di Mosciano Sant'Angelo



Comune di Roseto degli Abruzzi



Comune di Notaresco

DICHIARA, inoltre:

8. 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;

9. 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;

10. di essere attualmente beneficiario del seguente contributo avente le medesime finalità (specificare)

- _____ per l'importo mensile di €.....;

o dei seguenti servizi (specificare)

- _____ per un tot. mensile/settimanale di ore _____;

- _____ per un tot. mensile/settimanale di ore _____;

- _____ per un tot. mensile/settimanale di ore _____.

11. 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

12. che la rete di supporto familiare, sociale e sociosanitaria è caratterizzata dai seguenti aspetti:

- presenza di altri disabili
- presenza di anziani ultrasessantacinquenni
- presenza di minori di anni 12
- fruizione dei seguenti servizi socio assistenziali (Es. SAD, Home Care Premium, ecc)

.....

- situazione occupazionale del caregiver.....



Comune di
Bellante



Città di
Giulianova



Comune di
Morro d'Oro



Comune di
Mosciano
Sant'Angelo



Comune di
Roseto degli
Abruzzi



Comune di
Notaresco

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Io Sottoscritta/o _____ C.F. _____
nata/o a _____ (____) il ____/____/____,
residente a _____ (____) in _____ n° _____
(dati dell'Assistito)

Io Sottoscritta/o _____ C.F. _____
nata/o a _____ (____) il ____/____/____,
residente a _____ (____) in _____ n° _____
(dati di chi ne tutela gli interessi, da compilare solo in caso di incapacità dell'assistito)

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARO

che il mio congiunto, convivente e residente con il sottoscritto, sig.
_____, nato a _____,

il _____, CF _____ rappresenta di

fatto il caregiver familiare esclusivo o prevalente che presta nei miei confronti una assistenza
continuativa.

Luogo, _____

Firma del dichiarante

(per esteso e leggibile)

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.