All'ECAD N° 19 "Vestino" Istituzione XIX Vestina Ufficio di Piano Via Regina Margherita, 6 65010 Carpineto della Nora (PE)

o mezzo pec: istituzioneXIXvestina@legalmail.it

# CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE ANNUALITA' 2024 - DPCM del 8 gennaio 2025

# MODELLO DI DOMANDA

DATI DELLA PERSONA ASSISTITA (con disabilità grave o gravissima)
Il/la sottoscritto/a
nato/a a il il
Codice Fiscale
residente a ()
in via/piazza
CAPtel./cell/e-mail
•
DATI DELLA PERSONA CHE NE CURA E TUTELA GLI INTERESSI:
(da compilare solo in caso di incapacità della persona assistita)  DATI DELLA PERSONA CHE NE CURA E TUTELA GLI INTERESSI:  Il/la sottoscritto/a
DATI DELLA PERSONA CHE NE CURA E TUTELA GLI INTERESSI:  Il/la sottoscritto/a  nato/a a
DATI DELLA PERSONA CHE NE CURA E TUTELA GLI INTERESSI:  Il/la sottoscritto/a
DATI DELLA PERSONA CHE NE CURA E TUTELA GLI INTERESSI:  Il/la sottoscritto/a  nato/a a
DATI DELLA PERSONA CHE NE CURA E TUTELA GLI INTERESSI:  Il/la sottoscritto/a

#### **CHIEDE**

di essere assegnatario dell'erogazione dell'assegno di cura per persone in condizione di disabilità grave o gravissima (finalizzati all'assistenza diretta o indiretta) per caregiver familiare di cui alla DGR n. 151 del 28.02.2024

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**:

	sistito, presso il proprio domi		
Cognome e Nome			
nato/a a		il	
CAP	tel./cell/	e-mail	
2- Di avere con	n il caregiver il seguente rapp	orto di parentela o affini	tà:
□ coniuge	unito civilmente	☐ convivente.	☐ padre/madre
☐ figlio/figlia	☐ fratello/sorella	☐ nuora	genero
☐ nipote	☐ Altro (specificare)		
□ persona non in assistenza globale e 1992, n. 104 □ persona in condi del Lavoro e delle Foppure definite no riconosciuta la rispe □ l'assistito è stato	sottoposto a valutazione da pa	e, riconosciuto invalido in si dell'articolo 3, comma 3 ome definita dall'art 3 del beneficiaria dell'indennità 'allegato 3 del DPCM marte dell'U. V. M. presso	n quanto bisognoso di 3, della legge 5 febbraio di Decreto del Ministero di di accompagnamento, n. 159/2013 e a cui è di Distretto Sanitario di
gravissima come de 26/9/2016;	, in data, finita dall'art 3 del Decreto del	m quanto persona m ed Ministero del Lavoro e de	lle Politiche Sociali del
	reso visione dell'Avviso e  "A' per la fruizione dei contribu		

NON ESSERE ASSEGNATARIO dei seguenti benefici:

- i genitori caregiver dei minori con malattia rara e disabilità gravissima beneficiari del contributo erogato direttamente da Regione Abruzzo se in godimento nel medesimo periodo temporale a cui si riferisce l'erogazione del presente contributo di sollievo;
- i caregiver dei 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) comunque in godimento nel medesimo periodo temporale a cui si riferisce l'erogazione del presente contributo di sollievo;
- i caregiver familiari di persone con disabilità beneficiari di progetti per la residenzialità continuativa e stabile fuori dalla famiglia d'origine finanziati con il fondo "Dopo di Noi";
- i caregiver dei soggetti già assegnatari dell'Assegno disabilità gravissima o similari contributi economici per importi pari o superiori a complessivi € 1.200,00 mensili, se in godimento nel periodo temporale a cui si riferisce l'erogazione del presente contributo.
- 4- 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;

## **DICHIARA INOLTRE CHE:**

Il caregiver lo assiste in maniera continuativa è;

- residente nella Regione Abruzzo
- convivente con il sottoscritto/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 ss. mm. e ii. e DICHIARA che è

Genitore caregiver di minore con disabilità gravissima privo dell'altro genitore che assiste il figlio/la figlia minore in situazione di disabilità gravissima come definita all'art. 3 del DM 26/9/2016 (N.B. BARRARE SOLO SE RICORRE)

**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.

offetti dana stessa state pro-
COMUNICA i seguenti dati ai fini della riscossione del contributo
Accredito su conto corrente intestato a
Codice Fiscale
Banca

	lità del codice sotto indicato)
Luogo e data	IL/LA DÎCHIARANTE
	IL/LA DICITIARANTE
Allega alla presente:	
I fotocopia documento di identità in corso di validità, d	el caregiver e del familiare assistito;
☐ titoli di soggiorno laddove ricorre il caso; ☐ certificazione ISEE in corso di validità, in cui siano p	resenti il caregiver familiare e l'assistito:
certificazione ISEE in corso di vandita, in cui siano pi attestazione dei servizi sociosanitari circa il ruolo di c	caregiver familiare;
certificazione di disabilità del componente il nucleo f	amiliare assistito dal caregiver familiare che
rersa in stato di disabilità e/o non autosufficienza.	
d'La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell' dersonali di cui all'articolo 13 del Regolamento UE 2010	'art. 7 dell'Avviso sul trattamento dei dati 6/679 ed esprime formale autorizzazione.