

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
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 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

4 - 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:

- 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;

- residente nella Regione Abruzzo
- convivente con il sottoscritto/persona assistita

☐ 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)

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 documento di identità in corso di validità, del caregiver e del familiare assistito;
- ☐ titoli di soggiorno laddove ricorre il caso;
- ☐ certificazione ISEE in corso di validità, in cui siano presenti il caregiver familiare e l'assistito;
- ☐ attestazione dei servizi sociosanitari circa il ruolo di caregiver familiare;
- ☐ certificazione di disabilità del componente il nucleo familiare assistito dal caregiver familiare che versa in stato di disabilità e/o non autosufficienza.

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
