

Ambito Distrettuale Sociale n.07 “ Vastese ”



**Ambito Distrettuale Sociale n. 07 “Vastese”
ECAD Comune di Vasto**

Azienda ASL N° 02 di
LANCIANO VASTO CHIETI

- All’Ente Capofila di Ambito Distrettuale n. 07 “Vastese ”

- Al Comune di residenza _____
Dell’ADS n. 07 VASTESE

Oggetto: DOMANDA DI CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE - Decreto Ministeriale 28/12/2021. ASSEgni DI CURA PER PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA’ GRAVISSIMA O GRAVE.

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. 770/2022 del 12.12.2022

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.....

C_E372 - - 1 - 2024-04-18 - 0025641

2- Di avere con il caregiver il seguente rapporto di parentela o affinità:

- | | | | |
|--|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> coniuge | <input type="checkbox"/> unito civilmente | <input type="checkbox"/> convivente. | <input type="checkbox"/> padre/madre |
| <input type="checkbox"/> figlio/figlia | <input type="checkbox"/> fratello/sorella | <input type="checkbox"/> nuora | <input type="checkbox"/> genero |
| <input type="checkbox"/> nipote | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ | | |

3- 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;

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:

- a) Contributo per i genitori caregiver dei minori con malattia rara e disabilità gravissima beneficiari del contributo anno 2022 ex DGR n. 570 del 18/10/2022 ;
- b) 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);
- c) Assegno disabilità gravissima o similari contributi economici per importi pari o superiori a complessivi € 1.200,00 mensili;
- d) I caregiver in costanza di fruizione di concedo straordinario annuale/biennale retribuito per l'assistenza della persona disabile;

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:

- convivente con il sottoscritto/persona assistita
- residente nello stesso Comune di sottoscritto/persona assistita
- residente in un Comune diverso (specificare) _____
- 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 (maggiormente 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 sostegno 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

Ambito Distrettuale Sociale n.07 " Vastese "

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:

- o fotocopia del documento di identità della persona assistita in corso di validità;
- o titolo di soggiorno se cittadino straniero;
- o certificazione di disabilità/non autosufficienza della persona assistita
- o fotocopia documento di identità in corso di validità del caregiver;
- o titolo di soggiorno se cittadino straniero;
- o certificazione ISEE della persona assistita, in corso di validità;
- o Attestazione circa il ruolo di caregiver familiare dalla persona disabile assistita o di chi ne cura gli interessi e dai Servizi Sociali e/o Sanitari che hanno in carico l'assistito, come risultante dal Progetto personalizzato di Assistenza.

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

C_E372 - - 1 - 2024-04-18 - 0025641

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a _____ ai sensi del D. Lgs. 20/06/2003 n. 196, autorizza il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente per l'assolvimento degli obblighi previsti e dai regolamenti comunali in materia.

Firma _____

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro, ai sensi dell'art. 76 DPR 445/200 in caso di dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.; informato, ai sensi dell'art. 13 D. Lgs 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, propedeutici per l'Istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del predetto D. Lgs. 196/2003, oltre che ad altri Enti Pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il sottoscritto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Segreteria dell'Ente di Ambito Sociale Distrettuale.

Firma _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli artt. 81 e 82 del D. Lgs. N. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili per le finalità di cui alla presente istanza.

Data /_____/_____/_____/

Firma _____

C_E372 - - 1 - 2024-04-18 - 0025641