All'ECAD N° 17 "Montagna Pescarese"
Ufficio di Piano c/o Comune di Manoppello
C.so Santarelli n. 46
65024 Manoppello (PE)

o mezzo pec: ecad.montagnapescarese@legalmail.it

CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE ANNUALITA' 2022 - DPCM del 17 ottobre 2022

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. 307 del 01.06.2023

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…….……

2- **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) _____

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:

- 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 disabili beneficiari di progetti 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.

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;

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 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.

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 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

_____