

All'Unione Montana
dei Comuni del Sangro
Alla c. a. del Responsabile del Procedimento

OGGETTO. Istanza di accesso ai “Contributi di Sollievo” fondo annualità 2023 a sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare - DPCM del 30 novembre 2023.

DATI DEL CAREGIVER FAMILIARE che assiste un congiunto anagraficamente convivente
in condizione di disabilità gravissima:

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il
Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente a (.....)
in via/piazza.....
CAP..... tel./cell...../..... e-mail.....

In qualità di:

☐ coniuge ☐ unito civilmente ☐ convivente. ☐ padre/madre

☐ figlio/figlia ☐ fratello/sorella ☐ nuora ☐ genero

☐ nipote ☐ Altro (specificare)

del/della Sig./Sig.ra.....
nato/a a.....
il..... Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
residente a..... (.....)
in via/piazza.....
CAP..... tel./cell...../..... e-mail.....

in condizione di disabilità gravissima ai sensi dell'art. 3 del Decreto 26 settembre 2016 del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali.

CHIEDE

di essere ammesso ai Contributi di Sollievo previsti in favore dei Caregiver Familiari che assistono un congiunto anagraficamente convivente in condizione di disabilità gravissima (art.3 Decreto 26 settembre 2016 del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali), finalizzati all'assistenza diretta o indiretta del disabile.

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 avere con il congiunto non autosufficiente assistito il seguente rapporto di parentela o affinità:

- ☐ coniuge ☐ unito civilmente ☐ convivente. ☐ padre/madre
☐ figlio/figlia ☐ fratello/sorella ☐ nuora ☐ genero
☐ nipote ☐ Altro (specificare) _____

2- Che il nucleo familiare oltre che dal Dichiarante è così composto:

Grado di parentela	Nome e cognome	Data di nascita	Luogo di nascita

3- Che il congiunto non autosufficiente si trova nelle seguenti condizioni

- ☐ 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- Che il congiunto presenta la seguente rete di supporto familiare, sociale e socio-sanitaria:

- ☐ deficitaria (il disabile è assistito esclusivamente dal caregiver convivente e non fruisce di servizi sociali o socio-sanitari a supporto)
- ☐ parzialmente deficitaria (il disabile è assistito dal caregiver convivente e da altri familiari che per alcune ore della giornata sono di supporto al caregiver)
- ☐ Lievemente deficitaria (il disabile è assistito dal caregiver convivente e beneficia di ore di assistenza erogate da soggetti pubblici o privati che complessivamente consentono di garantire una copertura adeguata del bisogno assistenziale)
- ☐ Per nulla deficitaria (il disabile è assistito dal caregiver convivente e beneficia di servizi sociali o socio-sanitari strutturali, erogati da soggetti pubblici (Comune/ASL) e/o da soggetti privati (badante, vicini, parenti) per buona parte della giornata;

5- Di aver preso visione dell'Avviso e di essere consapevole delle condizioni di incompatibilità per la fruizione dei contributi oggetto della presente istanza, e dichiara di non essere assegnatario dei seguenti benefici (EROGAZIONE ANNO 2025):

- a) Contributo per i genitori caregiver dei minori con malattia rara e disabilità gravissima beneficiari del contributo erogato direttamente dalla Regione Abruzzo nel medesimo periodo temporale a cui si riferisce l'erogazione del presente contributo di sollievo (ANNO 2025);
- b) Contributo per 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 (ANNO 2025);
- c) Contributo ai caregiver familiari di disabili beneficiari di progetti finanziati con il fondo "Dopo di Noi" (ANNO 2025);
- d) Assegno disabilità gravissima o similari contributi economici per importi pari o superiori a complessivi € 1.200,00 mensili, nel medesimo periodo temporale a cui si riferisce l'erogazione del presente contributo (ANNO 2025);

6- 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;
- 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 familiare;

- si interrompe se il ricovero della persona assistita si protrae oltre i 40gg; è ripristinato al rientro della persona assistita nella casa familiare;
- verrà effettuata con riferimento all'anno solare 2025.

DICHIARA INOLTRE

☐ di essere convivente in maniera continuativa con il/la Sig./ Sig.ra _____
disabile gravissimo.

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 all'Avviso Pubblico prot. 91 del 09.01.2024 e che nel suo nucleo familiare ricorre una delle seguenti caratteristiche in ordine alle priorità di intervento individuate alla lettera a e b dell'avviso pubblico:

- ☐ Genitore caregiver che assiste il figlio/la figlia minore in situazione di disabilità gravissima come definita all'art. 3 del DM 26/9/2016, con priorità al caregiver di minore con disabilità gravissima privo dell'altro genitore;
- ☐ Caregiver familiare con ISEE dal valore più basso.

(N.B. BARRARE SOLO SE RICORRE UNA DELLE CONDIZIONI SOPRA INDICATE)

DICHIARA ALTRESI'

☐ di essere consapevole che l'effettiva erogazione dei contributi è subordinata alla sottoscrizione di un apposito Accordo di fiducia tra il caregiver familiare ammesso a contributo e l'ECAD di riferimento in cui sarà esplicitato l'impegno a fruire del beneficio economico per garantire la permanenza dell'assistito presso il domicilio individuato, assicurando interventi assistenziali di sostituzione utili nella cura del proprio congiunto nel periodo di godimento del beneficio, al fine di conciliare propri momenti di sollievo dal lavoro di cura; nel medesimo documento il caregiver individuerà il tipo di intervento che intende attuare con il contributo (sostituzione nel lavoro di cura anche con individuazione del sostituto laddove possibile e/o ricovero di sollievo temporaneo) e si impegna a comunicare tempestivamente all'Ambito Territoriale Sociale qualsiasi mutamento delle condizioni che hanno dato origine al beneficio (variazione di residenza, ricovero in struttura residenziale dell'assistito, decesso).

☐ di aver preso visione e di accettare tutte le condizioni stabilite nell'avviso pubblico;

☐ 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

ai fini della riscossione del contributo, i seguenti dati:

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)*

