



## CONTRIBUTO ECONOMICO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE (ASSISTENZA INDIRECTA)

### Schema di domanda

Al Sig. Sindaco del Comune di _____	prot. n° _____
_____	del _____

(Riservato all'Ufficio)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Preso Visione della D.G.R. n. 202100653 del 06.08.2021 della Regione Basilicata recante "Indirizzi Regionali di programmazione per l'attuazione sperimentale degli interventi di cui all'art. 1 del D.M. 27 ottobre 2020 (Fondo Caregiver Familiari);

Visto l'Avviso dell'Ambito Socio Territoriale n. 7 Bradanica Medio Basento approvato con Determinazione dirigenziale n.607 dell'8/11/2022

*fa domanda di Contributo Economico per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del Caregiver familiare (Assistenza Indiretta)*

### dichiara

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000:

- di essere il Caregiver familiare come definito dal comma 255, dell'articolo 1 della legge 27 dicembre 2017, n. 205

del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

- che la persona assistita è

- in condizioni di disabilità gravissima, così come definita dall'art. 3 del decreto 26 settembre 2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (pubblicato in G.U. il 30 novembre 2016, n. 280);
- affetto da disabilità grave ai sensi della L. 104/92 art. 3, comma 3.

- di essere in possesso dei seguenti requisiti di priorità per l'accesso al contributo, in quanto:

- caregiver familiari di persone in condizione di disabilità gravissima, così come definita dall'art. 3 del decreto 26 settembre 2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (pubblicato in G.U. il 30 novembre 2016, n. 280);
- caregiver familiari di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali, da comprovare con idonea documentazione;
- caregiver di persona assistita coinvolta in programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver familiare con la persona assistita;

- di essere in possesso dei seguenti ulteriori criteri di priorità:

- caregiver familiare costretto a licenziamenti e/o ad aspettativa da lavoro non retribuita o che richiede frequenti permessi lavorativi per la cura del familiare;
- caregiver familiare monoparentale;
- caregiver parentale monoreddito;
- caregiver parentale di persona disabili che non beneficia della misura regionale per le disabilità gravissime;
- caregiver parentale di persona disabili che non beneficia della misura dell'Assegno di Cura.

#### Modalità di riscossione

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità **chiede che la liquidazione del contributo economico in proprio favore venga effettuata con la seguente modalità:**

Accreditamento bancario, su istituto di credito \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

#### Comunicazione variazioni

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunale comunicando tempestivamente, entro il giorno 10 di ogni mese dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In fede

Luogo, \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

Allega:

- 1) per i caregiver familiari di persone con disabilità gravissima:
  - copia del certificato di invalidità da cui risulti la condizione di non autosufficienza definita ai sensi dell'allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013;
  - certificazione medico-specialistica rilasciata dalle strutture sanitarie che attesti almeno una delle condizioni di cui agli allegati 1 e 2 del decreto 26 settembre 2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali;
- 2) per i caregiver familiari di persone con disabilità grave: copia della certificazione da cui risulti il riconoscimento del requisito di cui all'art. 3, comma 3 della L. 104/92, rilasciato da parte della Commissione Medica della ASL;
- 3) autocertificazione, ai sensi del DPR/2000, che attesti l'assistenza diretta al proprio familiare convivente e la residenza del caregiver con la persona che necessita di assistenza, in data antecedente la pubblicazione dell'avviso;
- 4) documento d'identità valido del dichiarante;
- 5) ISEE (DSU 2022) Ordinario del caregiver familiare;
- 6) Copia di un'attestazione bancaria in cui sia riportato il codice IBAN intestato al caregiver richiedente il beneficio.

#### Informativa relativa al trattamento dei dati personali

**Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR - Regolamento generale sulla protezione dei dati - e del codice della privacy italiano, come modificato dal D.Lgs 101/2018, i dati personali forniti dai richiedenti saranno raccolti e trattati con o senza ausilio di mezzi elettronici, secondo quanto indicato nell'informativa dell'avviso stesso di cui il sottoscritto dichiara la presa visione ed accettazione.**

Data \_\_\_\_\_

**Il Dichiarante**

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)