ALL’ECAD N°11

**CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE - DPCM del 27 ottobre 2020**

**MODELLO DI DOMANDA**

**DATI DEL CAREGIVER**

Il/la sottoscritto/a …………………………………………………………………………...

nato/a a…………………………………………………………… il………...…………….

Codice Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| residente a……………………………………………………………………………….. (......) in via/piazza……………………………………………...……………………………………………. CAP……………… tel./cell.……./………………………e-mail………….………………………….

**IN QUALITÀ DI CAREGIVER del/la Sig/ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CHIEDE**

di essere ammesso al seguente sostegno/contributo per caregiver familiare di cui alla DGR n. 589 del 20.09.2021

❑ **Contributi una tantum a favore dei caregiver di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali.**

❑ **Assegno di cura finalizzato all’acquisto di servizi di cura/assistenza diretta a favore del disabile assistito che rientra nella casa familiare a seguito di deistituzionalizzazione.**

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 assistere il familiare**:

Cognome e Nome .......…………………………………................................................................ nato/a a…………………………………………………………… il………...…………….

Codice Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| residente a……………………………………………………………………………….. (......) in via/piazza……………………………………………...……………………………………………. CAP……………… tel./cell.……./………………………e-mail………….………………………….

1. **Di avere con l’assistito/a il seguente rapporto di parentela o affinità:**

❑ coniuge ❑ unito civilmente ❑ convivente. ❑ padre/madre ❑ figlio/figlia ❑ fratello/sorella ❑ nuora ❑ genero

❑ nipote ❑ Altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Che il familiare assistito si trova 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;

❑ persona che non ha avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali legate all’emergenza SARS COV2, e che risultino in lista di attesa per l’accesso alle strutture residenziali;

❑ persona inserita in struttura residenziale in regime convenzionato, destinataria di programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento con il caregiver familiare;

1. **aver preso visione dell’Avviso e di essere consapevole** delle condizioni di INCOMPATIBILITA’ per la fruizione dei contributi oggetto della presente istanza come in esso riportati, ai sensi di quanto previsto dalla DGR 589/2021;

**DICHIARA INOLTRE:**

* **di CONVIVERE** con la persona assistita
* **di impegnarsi a convivere con la persona assistita dal momento della deistituzionalizzazione e di essere consapevole che l’erogazione dell’eventuale contributo economico potrà decorrere solo dalla data di rientro in famiglia della persona assistita**

(N.B. BARRARE LA CONDIZIONE CHE RICORRE)

□ di avere preso atto e accettare integralmente i criteri e le condizioni di erogazione del contributo di cui alla DGR n. 589 del 20.09.2021.

**DICHIARA** inoltre di essere consapevole che potranno essere eseguiti dei 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:**

**per le istanze relative al contributo una tantum (art.4, punto 2):**

* fotocopia del proprio documento di identità in corso di validità;
* titolo di soggiorno se cittadino straniero;
* fotocopia documento di identità in corso di validità del familiare assistito;
* titolo di soggiorno se cittadino straniero;
* certificazione di disabilità/non autosufficienza della persona assistita
* certificazione ISEE del caregiver richiedente il contributo, in corso di validità;
* Attestazione dei servizi sociosanitari circa il ruolo di caregiver familiare ricoperto nel processo di cura della persona assistita;
* Attestazione UVM, o di altri Organismi sociosanitari autorizzati, di avvenuta valutazione della persona assistita con espresso parere positivo all’inserimento in struttura;
* Certificazione da parte della struttura, di impossibilità di accesso a causa delle disposizioni normative inerenti la situazione di emergenza sanitaria;

**per le istanze relative alla deistituzionalizzazione (art.4, punto 3)**

* fotocopia del proprio documento di identità in corso di validità;
* titolo di soggiorno se cittadino straniero;
* fotocopia documento di identità in corso di validità del familiare assistito;
* titolo di soggiorno se cittadino straniero;
* certificazione di disabilità/non autosufficienza della persona assistita
* certificazione ISEE della persona assistita, in corso di validità;
* attestazione della presenza in struttura sociosanitaria/sanitaria della persona assistita
* Dichiarazione di impegno ad attivare l’iter per la predisposizione del progetto assistenziale personalizzato finalizzato alla deistituzionalizzazione della persona assistita che potrà dare luogo alla concessione del contributo economico.

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