



AL COMUNE DI PESCARA
Settore Politiche per il Cittadino
Servizio Politiche Sociali

DA PRESENTARE DAL 02.01.2026
SCADENZA ore 13:00 del 13.02.2026

Oggetto: ISTANZA PER LA CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE ANNUALITA' 2024- D.P.C.M. 8 gennaio 2025

CAP.....tel./cell.....email/PEC.....

CHIEDE

di essere ammesso al **CONTRIBUTO DI SOLLIEVO** per caregiver familiare (Fondo annualità 2024) finalizzato alla fruizione di prestazioni di tregua dall'assistenza alla persona con disabilità e di ricorrere alla sostituzione nel lavoro di cura con l'individuazione di un sostituto:
sig./ sig.ra

DICHIARA:

(ai sensi degli art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci o forma, esibisce, si avvale di atti falsi ovvero non più rispondenti a verità e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative e di decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato)

1. di assistere in maniera continuativa il proprio congiunto convivente

tel./cell.....e-mail/pec.....

2. di avere 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"/> genero/nuora | <input type="checkbox"/> nonno/nonna |
| <input type="checkbox"/> nipote | <input type="checkbox"/> suocero/suocera | <input type="checkbox"/> cognato/cognata | |

3. che il proprio congiunto convivente si trova nella seguente condizione:

☐ 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 e beneficiaria dell'indennità di accompagnamento, oppure definita non autosufficiente ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013 e a cui è riconosciuta la rispettiva indennità;

4. di aver preso visione dell'Avviso e di essere consapevole delle condizioni di incompatibilità per la fruizione dei contributi oggetto della presente istanza;

5. di non essere:

- a) genitore caregiver dei minori con malattia rara e disabilità gravissima beneficiari del contributo erogato direttamente dalla Regione Abruzzo, se in godimento nel periodo temporale a cui si riferisce l'erogazione del contributo di sollievo;
- b) caregiver di 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), se in godimento nel periodo temporale a cui si riferisce l'erogazione del contributo di sollievo;
- c) caregiver di disabili beneficiari di progetti per la residenzialità continuativa e stabile fuori dalla famiglia d'origine finanziati con il Fondo "Dopo di Noi";
- d) caregiver di soggetti già assegnatari dell'Assegno disabilità gravissima o similari contributi economici (es. Progetto Home Care Premium) per importi pari o superiori a complessivi € 1.200,00 mensili, se in godimento nel periodo temporale a cui si riferisce l'erogazione del contributo di sollievo;

6. di essere consapevole che il contributo:

- è condizionato 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 del familiare;
- dovrà essere rideterminato qualora l'assistito venga ricoverato in struttura ospedaliera o residenziale oppure in caso di decesso, eventi che il caregiver dovrà comunicare al RUP della presente procedura entro 15gg dal loro verificarsi;
- dovrà essere restituito al Comune di Pescara per la quota non spettante nel caso del verificarsi delle predette ipotesi e che in caso di omissione di tale adempimento l'Ente procederà al recupero per vie legali;
- prevede la fruizione di prestazioni di sollievo;

- è condizionato al possesso di un Modello ISEE ordinario anno 2026 non superiore ad € 36.000,00;
- 7. di avere preso atto** e di accettare integralmente i criteri e le condizioni di erogazione del contributo di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 499 del 30/07/2025, nonché nell'avviso pubblico comunale;

DICHIARA, inoltre:

8. di essere consapevole che l'erogazione del contributo è subordinata alla sottoscrizione di un apposito accordo di fiducia tra il caregiver familiare e l'ECAD 15 Pescara in cui siano esplicitate le modalità di assistenza garantite dal caregiver familiare e il ricorso ad interventi assistenziali di sostituzione utili alla cura del proprio congiunto, esplicitando il tipo di intervento che il caregiver intende attuare con il contributo;
9. 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;
10. di essere attualmente beneficiario del seguente contributo avente le medesime finalità (specificare)_____ per l'importo mensile di €.....
11. di volersi avvalere della valutazione già effettuata dalla UVM (se trattasi di compromissioni fisiche/intellettive, neurologiche e funzionali non passibili di miglioramento) ☐ SI ☐ NO
12. che la rete di supporto familiare, sociale e sociosanitaria è caratterizzata dai seguenti aspetti:
 - ☐ presenza di altri disabili
 - ☐ presenza di anziani ultrasettantacinquenni
 - ☐ presenza di minori di anni 12
 - ☐ fruizione dei seguenti servizi socio assistenziali (Es. SAD, Home Care Premium, ecc.)
.....
 - ☐ situazione occupazionale del caregiver.....

COMUNICA i seguenti dati ai fini della riscossione del contributo

(Non è consentito l'accredito su libretti postali)

Accredito su conto corrente intestato a

IBAN:

[illegible]

Allega alla presente:

- ☐ fotocopia documento di identità in corso di validità del familiare assistito e del caregiver;
- ☐ fotocopia certificato di invalidità (NO OMISSIS);
- ☐ certificazione ISEE ordinario anno 2026;
- ☐ eventuale fotocopia del certificato di invalidità di altri componenti il nucleo familiare;
- ☐ titolo di soggiorno laddove ricorre il caso.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'art. 9 dell'Avviso sul trattamento dei dati personali di cui all'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 ed esprime formale autorizzazione.

Pescara,

IL/LA DICHIARANTE
