



Città di Pescara  
Medaglia d'oro al Merito C.v.k

Area Amministrativa

Settore Politiche per il Cittadino

Servizio Politiche Sociali

All. A

**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 ANNUALITÀ 2024- D.P.C.M. 8 gennaio 2025**

Il/la sottoscritto/a (caregiver).....

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

Codice Fiscale

residente a PESCARA in via .....

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 decaduta dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato)

**1. di assistere in maniera continuativa il proprio congiunto convivente**

sig./sig.ra .....

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

Codice Fiscale

residente a Pescara in via .....

(la residenza deve essere obbligatoriamente la stessa del caregiver)

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:

COMUNICA i seguenti dati ai fini della riscossione del contributo

(Non è consentito l'accreditto su libretti postali)

Accredito su conto corrente intestato a

IBAN:

A horizontal row of 20 empty rectangular boxes, likely for drawing or sketching, arranged in a single line.

**Allega alla presente:**

- fotocopia documento di identità in corso di validità del familiare assistito e del caregiver;
  - fotocopia certificato di invalidità (NO OMISSIONIS);
  - 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,

## JL/LA DICHIARANTE