

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,

DICHIARA:

1. Di essere assistito, presso il proprio domicilio, dal caregiver:

Cognome e Nome

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

Codice Fiscale

residente a..... (.....)

in via/piazza.....

CAP..... tel./cell...../.....e-mail.....

pec.....

2. Di avere con il caregiver 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. Di trovarsi 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;

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. 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 assegnatario dei seguenti benefici:

- a) contributo per genitori caregiver dei minori con malattia rara e disabilità gravissima beneficiari del contributo anno 2020 ex DGR 681 del 10.11.2020 (limitatamente ad eventuali contributi afferenti il presente Fondo da percepire nell'anno solare 2021);
- b) contributo per genitori caregiver dei minori con malattia rara e disabilità gravissima beneficiari del contributo anno 2021 ex DGR 687 del 02.11.2021 (limitatamente ad eventuali contributi afferenti il presente Fondo da percepire nell'anno solare 2022);
- c) contributo per caregiver dei soggetti assegnatari del contributo per la Vita Indipendente di cui alla L. R. 57/2012 annualità 2020 e 2021 o di interventi analoghi attuati con fondi nazionali (ad. es. Progetti Sperimentali di Vita indipendente finanziati con Fondi ministeriali) ;
- d) contributo per caregiver dei 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, nel cui Contratto di fiducia gli stessi risultano individuati quali assistenti personali;

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;
- si interrompe se il ricovero della persona assistita si protrae oltre i 40gg; è ripristinato al rientro della persona assistita nella casa familiare.

7. che il caregiver:

- lo assiste in maniera continuativa;
- è residente nella Regione Abruzzo;
- è convivente con il sottoscritto/persona assistita
- è residente nello stesso Comune del sottoscritto/persona assistita
- è residente in un Comune diverso (specificare) _____
- non si trova in costanza di fruizione del congedo straordinario annuale/biennale retribuito per l'assistenza del sottoscritto/della persona assistita.

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

9. che ricorre una delle seguenti caratteristiche in ordine alle priorità di intervento (barrare solo se ricorre una delle seguenti condizioni):

- Genitore caregiver che assiste il figlio/la figlia minore in situazione di disabilità gravissima come definita all'art. 3 del DM 26/9/2016;
- Genitore caregiver che assiste il figlio/la figlia minore in situazione di disabilità gravissima come definita all'art. 3 del DM 26/9/2016, privo dell'altro genitore;
- Coniuge Caregiver in età avanzata (68 anni e oltre) senza figli, convivente della persona Assistita;

