Al COMUNE DI PESCARA – ECAD 15
Settore Politiche per il Cittadino
Servizio Politiche Sociali, Famiglia e Disabilità
Piazza Italia 1

Oggetto: **ISTANZA PER LA CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE - DPCM del 27 ottobre 2020 - CUP J21B21005130008**

Tipologia di intervento**:**

- **Contributi una tantum a favore dei caregiver di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali**.
- **Sostegni a Programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita**.

DATI DEL CAREGIVER

Il/la sottoscritto/a ……...

nato/a a…… il……...…….

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

residente a…….. (.....)

in via/piazza……...…….

CAP…… tel./cell……./……

e-mail…….…….…. pec…….…….…….

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 (selezionare una sola ipotesi):

❑ **Contributi una tantum a favore dei caregiver di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali (art. 4 punto 2).**

❑ **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 de istituzionalizzazione (art. 4 punto 3).**

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 assistere il seguente familiare con disabilità grave o gravissima**:

Cognome e Nome .....…….....

nato/a a…… il……...…….

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

residente a…….. (.....)

in via/piazza……...…….

CAP…… tel./cell……./……e-mail…….……

2- **Di avere con l'assistito/a il seguente rapporto di parentela o affinità:**

❑ coniuge ❑ unito civilmente ❑ convivente. ❑ padre/madre

❑ figlio/figlia ❑ fratello/sorella ❑ genero/ nuora ❑ nonno/nonna

❑ nipote ❑ suocero/suocera ❑ cognato/cognata

3- **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;

4. di avere preso visione dell'Avviso pubblico e di accettare integralmente i criteri e le condizioni di erogazione del contributo di cui alla DGR n. 589 del 20.09.2021;

5. 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.

DICHIARA INOLTRE:

a. **(barrare solo la condizione che ricorre)**

☐ **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;

COMUNICA i seguenti dati ai fini della riscossione del contributo:

- per l'intervento "**Contributi una tantum a favore dei caregiver di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali"**

Accredito su conto corrente intestato a……

(il c/c deve essere intestato al care giver)

Banca/Poste ……

IBAN **(Non è consentito l'accredito su libretti postali)**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

- per l'intervento "**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 de istituzionalizzazione"**

Accredito su conto corrente intestato a……

(il c/c deve essere intestato o cointestato alla persona disabile assistita)

Banca/Poste ……

IBAN: **(Non è consentito l'accredito su libretti postali)**

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Luogo e data _____

IL/LA DICHIARANTE

_____

Allega alla presente:

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

- fotocopia documento di identità in corso di validità del familiare assistito;
- fotocopia documento di identità in corso di validità del caregiver;
- titolo di soggiorno laddove ricorre il caso;
- certificazione di disabilità e/o non autosufficienza dell'assistito;
- 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 e dell'inserimento del disabile nella lista di attesta della struttura;
- attestazione dei servizi sociosanitari circa il ruolo di caregiver familiare ricoperto dalla persona che avanza la richiesta di beneficio nel processo di cura della persona assistita;
- certificazione ISEE del caregiver in corso di validità;

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

- fotocopia documento di identità in corso di validità del caregiver e del familiare assistito;
- titolo di soggiorno laddove ricorre il caso;
- certificazione di disabilità e/o non autosufficienza dell'assistito;
- dichiarazione di impegno da parte del caregiver ad attivare l'iter per la deistituzionalizzazione del disabile assistito, previa predisposizione del Progetto Assistenziale Individualizzato, che potrà dare luogo alla concessione del contributo economico a decorrere dal rientro del disabile presso la casa familiare;
- certificazione ISEE socio/sanitaria della persona disabile assistita in corso di validità;
- attestazione rilasciata dalla struttura sociosanitaria/sanitaria del ricovero della persona assistita.

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.

Luogo e data _____

IL/LA DICHIARANTE

_____