All'ECAD N°12 "Sangro-Aventino" Unione Montana dei Comuni del Sangro Via Duca degli Abruzzi, 104 66047 Villa Santa Maria (CH)

OGGETTO: CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE - DPCM del 27 ottobre 2020 – Intervento "Assegno di cura per persone in condizione di disabilità grave o gravissima".

MODELLO DI DOMANDA

(da compilare direttamente dalla persona assistita)

A. DATI DELLA PERSONA ASSISTITA (con disabilità grave o gravissima)
Il/la sottoscritto/a
nato/a ail
Codice Fiscale
residente a()
in via/piazza
CAPe-mail
(da compilare solo in caso di incapacità della persona assistita) B. DATI DELLA PERSONA CHE NE CURA E TUTELA GLI INTERESSI (Tutore o amministratore di sostegno, altro)
Il/la sottoscritto/a
ail
Codice Fiscale
in via/piazza
CAPtel./cell/e-mail
C. DATI DEL CAREGIVER (da compilare solo in caso di incapacità della persona assistita e in assenza di amministratore di sostegno, tutore o altra persona di riferimento)
Il/la sottoscritto/a
ail
Codice Fiscale
residente a()

in via/piazza						
CAP tel./cell	/	e-mail				
	CHIEDE					
di essere ammesso al seguent del 20.09.2021	e sostegno/contributo per ca	regiver familiare di cui alla	ı DGR n. 589			
☐ Assegni di cura per p all'assistenza diretta o indir	persone in condizione di d retta).	lisabilità grave o graviss	ima (finalizzati			
A tale scopo, ai sensi e per g	gli effetti degli articoli 46 e	47 del DPR 445/2000 e co	onsapevole 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 menda	aci				
	DICHIARA:					
1- Di essere assistito, pi	resso il proprio domicilio, d	lal caregiver (da compila	re se ricorre la			
condizione A o B) :						
Cognome e Nome						
nato/a a						
residente a			()			
in via/piazza						
CAP tel./cell	/	e-mail				
2. Di assana aanagiyan d	lel Signor/a (da compilare	sa viaguus la gandiniana (7).			
Cognome e Nome	•					
nato/a a						
Codice Fiscale			•••••			
·			()			
residente a						
in via/piazza						
CAP tel./cell	/	e-maii				
3- Di avere con il careg	iver/assistito (in ragione de	ella situazione che ricorre) il seguente			
rapporto di parentel	· -		. 3			
□ coniuge	unito civilmente	☐ convivente.	□ padre/madre			
☐ figlio/figlia	☐ fratello/sorella	☐ nuora	☐ genero			

	☐ nipote	☐ genitore solo	☐ coniuge senza figli		
	☐ Altro (specificare)				
4-	Che il Caregiver è : C	occupato disoccupa	ito;		
5-	Che l'Assistito si trov	a nella seguente condizion	ne (è possibile selezionare più casistiche):		
□ pers	sona non in grado di	prendersi cura di sé, rico	nosciuto invalido in quanto bisognoso di		
assister	nza globale e continua o	di lunga durata ai sensi dell'	articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio		
1992, r	n. 104				
☐ pers	ona in condizione di d	isabilità gravissima come d	lefinita dall'art 3 del Decreto del Ministero		
del Lav	voro e delle Politiche So	ociali del 26/9/2016, benefi	ciaria dell'indennità di accompagnamento;		
□ pers	ona non autosufficiente	e ai sensi dell'allegato 3 de	1 DPCM n. 159/2013 e a cui è riconosciuta		
la rispe	ettiva indennità;				
☐ l'ass	sistito è stato sottopost	o a valutazione da parte de	ell'U. V. M. presso il Distretto Sanitario di		
	, in d	lata, in qu	anto persona in condizione di disabilità		
graviss	ima come definita dall'	art 3 del Decreto del Minis	tero del Lavoro e delle Politiche Sociali del		
26/9/20	016;				
6-	Che l'assistito:				
□ Non	usufruisce di alcun ser	vizio;			
☐ Usu	fruisce dei seguenti ser	vizi socio-sanitari			
□ Non	☐ Non beneficia di interventi a carattere economico;				
☐ Ben	eficia dei seguenti inter	rventi a carattere economico	o:		
Per l'in	mporto mensile di €				
7-	Di aver preso visione	dell'Avviso e di essere con	nsapevole delle condizioni per la fruizione		

7- Di aver preso visione dell'Avviso e di essere consapevole delle condizioni per la fruizione dei contributi oggetto della presente istanza, e

DICHIARA

di NON ESSERE ASSEGNATARIO dei seguenti benefici:

a) Contributo per i genitori caregiver dei minori con malattia rara e disabilità gravissima ex Avviso regionale anno 2021 approvato con DGR n. 687 del 2/11/2021, limitatamente ai contributi afferenti il presente fondo da percepire nell'anno solare 2022;

- b) Contributo per la Vita Indipendente di cui alla L. R. 57/2012 annualità 2020 in cui progetto è ancora in corso o annualità 2021 o di interventi analoghi attuati con fondi nazionali (progetti sperimentali di vita indipendente);
- c) Assegno disabilità gravissima o similari contributi economici per importi pari o superiori a complessivi € 1.200,00 mensili;
- **8- 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.

DICHIARA INOLTRE CHE:

<u>Il caregiver garantisce assistenza in maniera continuativa; è residente / domiciliato nella Regione</u> Abruzzo ed è:

convivente con la persona assistita
residente nello stesso Comune della persona assistita
residente in un Comune diverso (specificare)
che NON si trova in costanza di fruizione del congedo straordinario annuale/biennale
retribuito per l'assistenza della persona assistita.

Ai fini della valutazione della domanda,

DICHIARA

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 e che ricorre una delle seguenti caratteristiche in ordine alle priorità di intervento individuate:

(N.B. BARRARE SOLO SE RICORRE UNA DELLE CONDIZIONI SOPRA INDICATE)

- ➤ di essere consapevole che l'erogazione del contributo è subordinata alla sottoscrizione di un apposito Accordo di fiducia tra la persona assistita ammessa a contributo, o la persona che ne tutela gli interessi, il caregiver familiare e l'ECAD di riferimento in cui siano esplicitate le modalità di assistenza diretta garantite dal Caregiver familiare o, in alternativa, le modalità di acquisizione dell'assistenza indiretta con l'individuazione del fornitore del servizio;
- ➤ 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.

COMUNICA

IL/LA DICHIARANTE