ALL’ECAD N° 11

**“CONTRIBUTI DI SOLLIEVO” A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE - DPCM del 30 novembre 2023**

**MODELLO DI DOMANDA per “Contributi di Sollievo” annualità 2023**

**Erogazione nell’anno 2025**

**DATI DEL CAREGIVER FAMILIARE che assiste un congiunto anagraficamente convivente in condizione di disabilità gravissima :**

Il/la sottoscritto/a …………………………………………………………………………...

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

Codice Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| residente a……………………………………………………………………………….. (......) in via/piazza……………………………………………...……………………………………………. CAP……………… tel./cell.……./………………………e-mail………….………………………….

**DATI DELLA PERSONA ASSISTITA (con disabilità gravissima) :**

Il/la sottoscritto/a …………………………………………………………………………... nato/a a……………………………………………………………………… il………...……………. Codice Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| residente a……………………………………………………………………………….. (......) in via/piazza……………………………………………...……………………………………………. CAP……………… tel./cell.……./………………………e-mail………….………………………….

**CHIEDE**

di essere ammesso al seguente sostegno/contributo per caregiver familiare di cui alla DGR n. 151 del 28.02.2024 e DGR n. 307 del 01.06.2023

❑ **Contributi di sollievo a favore dei Caregiver Familiari che assistono un congiunto anagraficamente convivente in condizione di disabilità gravissima (art.3 Decreto 26 settembre 2016 del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali), finalizzati all’assistenza diretta o indiretta.**

A tale scopo, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole 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 mendaci

**DICHIARA**:

1. **Di avere con il congiunto non autosufficiente assistito il seguente rapporto di parentela o affinità:**

❑ coniuge ❑ unito civilmente ❑ convivente. ❑ padre/madre ❑ figlio/figlia ❑ fratello/sorella ❑ nuora ❑ genero

❑ nipote ❑ Altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Che il congiunto non autosufficiente si trova nelle seguenti condizioni**

❑ 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;

1. **Di aver preso visione dell’Avviso e di essere consapevole** delle condizioni di INCOMPATIBILITA’ per la fruizione dei contributi oggetto della presente istanza, e DICHIARA di NON ESSERE ASSEGNATARIO dei seguenti benefici (EROGAZIONE ANNO 2025):
2. Contributo per i genitori caregiver dei minori con malattia rara e disabilità gravissima beneficiari del contributo erogato direttamente dalla Regione Abruzzo se in godimeto nel medesimo periodo temporale a cui si riferisce l’erogazione del presente contributo di sollievo (ANNO 2025);
3. Contributo per i caregiver dei 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) comunque in godimento nel medesimo periodo temporale a cui si riferisce l’erogazione del presente contributo di sollievo (ANNO 2025);
4. Contributo ai caregiver familiari di disabili beneficiari di progetti finanziati con il fondo “Dopo di Noi” (ANNO 2025);
5. Assegno disabilità gravissima o similari contributi economici per importi pari o superiori a complessivi € 1.200,00 mensili, se in godimento nel periodo temporale a cui si riferisce l’erogazione del presente contributo (ANNO 2025);
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.

**DICHIARA INOLTRE CHE:**

Il caregiver lo assiste in maniera continuativa, è residente nella Regione Abruzzo ed è:

* ***anagraficamente convivente*** con il sottoscritto/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. 307 del 01.06.2023 e DICHIARA che ricorre una delle seguenti caratteristiche in ordine alle priorità di intervento individuate:

**❑** Genitore caregiver che assiste il figlio/la figlia minore in situazione di disabilità gravissima

come definita all’art. 3 del DM 26/9/2016, con priorità al caregiver di minore con disabilità gravissima privo dell’altro genitore;

**❑** Caregiver familiare con ISEE dal valore più basso.

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

**DICHIARA** di essere consapevole che l’effettiva erogazione dei contributi è subordinata alla sottoscrizione di un apposito ***Accordo di fiducia*** tra il caregiver familiare ammesso a contributo e l’ECAD di riferimento in cui sia esplicitato l’impegno a fruire del beneficio economico per garantire la permanenza dell’assistito presso il domicilio individuato, assicurando interventi assistenziali di sostituzione utili nella cura del proprio congiunto nel periodo di godimento del beneficio, al fine di conciliare propri momenti di sollievo dal lavoro di cura; nel medesimo documento il caregiver individua il tipo di intervento che intende attuare con il contributo (sostituzione nel lavoro di cura anche con individuazione del sostituto laddove possibile e/o ricovero di sollievo temporaneo) e si impegna a comunicare tempestivamente all’Ambito Territoriale Sociale qualsiasi mutamento delle condizioni che hanno dato origine al beneficio (variazione di residenza, ricovero in struttura residenziale dell’assistito, decesso). L’accordo di fiducia ha la durata di mesi 6 (sei) dalla data della sottoscrizione.

L’attribuzione del beneficio economico a carico delle risorse oggetto del presente atto non può comportare una contrazione dei servizi già in godimento dalla persona assistita o di quelli da ricomprendere in nuovi o riformulati PAI.

**DICHIARA** di aver preso visione e di accettare tutte le condizioni stabilite nell’avviso pubblico comprese le mancate sottoscrizioni dell’accordo di fiducia, causa di decadenza dal contributo.

**DICHIARA,** infine, 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** i seguenti dati ai fini della riscossione del contributo

Accredito su conto corrente intestato a ……………………………………………………………

Codice Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Banca …………………………………………………………

IBAN: *(si consiglia di allegare anche copia di un documento della banca in cui sia riportato il codice IBAN, al fine di poter gestire eventuali errori o illeggibilità del codice sotto indicato)*

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allega alla presente:**

* fotocopia del documento di identità in corso di validità del caregiver e del familiare assistito.
* titolo di soggiorno concesso al cittadino straniero (se ricorre il caso).
* certificazione ***ISEE ordinario familiare 2024 non ristretto del caregiver richiedente non superiore a €.36.000,00, in corso di validità, con scadenza il 31.12.2025.***

***(Ai fini dell’elaborazione dell’ISEE ordinario si deve tener conto della composizione del nucleo familiare al 31.12.2024).***

* ***per i nuovi richiedenti*** : certificazione di disabilità del componente il nucleo familiare assistito dal caregiver familiare che versa in stato di disabilità e/o non autosufficienza (***così come definita dall'art. 3 del Decreto 26 settembre 2016 del Ministro del lavoro e delle politiche sociali*** ) quindi Verbale articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 e indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18”.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell’art. 7 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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_