

AI COMUNE DI GUARDIAGRELE
ECAD dell'ADS n. 13 Marrucino

CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI
ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE DI CUI AL DECRETO DEL PRESIDENTE DEL
CONSIGLIO DEI MINISTRI 30 NOVEMBRE 2023
A NNUALITA' 2023 – DGR ABRUZZO N. 151 del 28.02.2024
CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI
ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE DI CUI AL DECRETO DEL PRESIDENTE DEL
CONSIGLIO DEI MINISTRI 8 GENNAIO 2025
ANNUALITA' 2024 - DGR ABRUZZO N. 499 del 30.07.2025

MODELLO DI DOMANDA

DATI DEL CARE GIVER FAMILIARE

Il/lasottoscritto/a.....
nato/a ail.....
Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | |
Residente a(.....)
In via/piazza
CAP.....tel./cell/..... e-mail.....

CHIEDE

Di essere ammesso al seguente sostegno/contributo per caregiver familiare

- ☐ **Contributo di sollievo a sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare che assiste un congiunto anagraficamente convivente in condizione di disabilità GRAVISSIMA (art. 3 Decreto 26 settembre 2016 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 essere caregiver familiare di (compilare con i dati della persona assistita in condizione di DISABILITA' GRAVISSIMA):**

Cognome e nome.....
Nato a il
Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | |
Residente a (.....)

In via/piazza.....
CAP..... tel./cell..... e-mail.....

(da compilare solo se la persona che ne cura gli interessi è diversa dal caregiver familiare)

DATI DELLA PERSONA CHE NE CURA E TUTELA GLI INTERESSI:

Il/la sottoscritto/a

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

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Residente a..... (.....)

In via/piazza.....

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

2- Di avere con la persona disabile il seguente rapporto di parentela o affinità:

- | | | | |
|--|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ coniuge | ☐ unito civilmente | ☐ convivente. | ☐ padre/madre |
| ☐ figlio/figlia | ☐ fratello/sorella | ☐ nuora | ☐ genero |
| ☐ nipote | ☐ Altro (specificare) _____ | | |

3- Di assistere un congiunto che 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;
- ☐ 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;
- ☐ persona NON lungodegente / NON accolta stabilmente presso strutture residenziali

4- Di aver preso visione dell'Avviso e di essere consapevole delle condizioni di INCOMPATIBILITA' per la fruizione dei contributi oggetto della presente istanza; a tal proposito,

DICHIARA DI NON APPARTENERE alle seguenti categorie di beneficiari:

- a. Genitore caregiver di minore con malattia rara e disabilità gravissima beneficiario del contributo erogato direttamente dalla Regione Abruzzo, se in godimento nel medesimo periodo temporale a cui si riferisce l'erogazione del presente contributo di sollievo;
- b. Caregiver di soggetto assegnatario del contributo per la Vita Indipendente di cui alla L.R. 57/2012, o interventi analoghi attuati con fondi nazionali, comunque in godimento nel medesimo periodo temporale a cui si riferisce l'erogazione del presente contributo di sollievo;
- c. Caregiver familiare di persona con disabilità beneficiaria di progetti per la residenzialità continuativa e stabile fuori dalla famiglia d'origine finanziati con il fondo "Dopo di Noi" disabile beneficiario di progetti finanziati con il fondo "Dopo di Noi";
- d. Caregiver di soggetto già assegnatario dell'Assegno di disabilità gravissima o similari contributi economici per importi pari o superiori a complessivi € 1.000,00 mensili, se in godimento nel periodo temporale a cui si riferisce l'erogazione del presente contributo;

DICHIARA CHE:

In riferimento ai sotto indicati contributi economici similari, la persona disabile assistita percepisce:

€ _____ complessive per assegno FNNA (ultima assegnazione);
€ _____ mensili per HCP prestazione prevalente;
€ _____ (per altro da specificare);

5. di essere consapevole che l'erogazione del contributo è condizionata all'effettiva permanenza al domicilio della persona disabile, 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.

DICHIARA INOLTRE CHE:

☐ il caregiver è **ANAGRAFICAMENTE CONVIVENTE** con la 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;

☐ Il caregiver NON si trova in costanza di fruizione del congedo straordinario annuale/biennale retribuito per l'assistenza del disabile;

Inoltre, il caregiver familiare:

DICHIARA di avere **un ISEE** ordinario in corso di validità pari ad €

DICHIARA 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.

