



CITTÀ DI GUARDIAGRELE

Provincia di Chieti



Ambito Distrettuale Sociale n. 13 "Marrucino"

ECAD Comune di Guardiagrele

Comuni di Bucchianico, Casacanditella, Casalcontrada, Fara Filiorum Petri, Filetto, Guardiagrele, Orsogna, Pennapiedimonte, Pretoro, Rapino, Roccamontepiano, San Martino sulla Marrucina



Allegato B) alla Determinazione del Settore IV n. 1516 del 24.10.2023

**All'Ufficio di Piano
dell'ADS n. 13 "Marrucino"
COMUNE DI GUARDIAGRELE**

**CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER
FAMILIARE - DPCM del 27 ottobre 2020
DGR ABRUZZO N. 770 del 21.12.2022 - ANNUALITA' DEL FONDO 2021**

**MODELLO DI DOMANDA per l'Assegno di cura
CUP: C91H23000060003**

DATI DELLA PERSONA ASSISTITA (con disabilità grave o gravissima)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

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

residente a _____ (____)

in via/piazza _____

CAP _____ tel./cell _____ e-mail _____

(da compilare solo in caso di incapacità della persona assistita)

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 _____

CHIEDE



di essere ammesso al seguente sostegno/contributo per caregiver familiare

Assegni di cura a sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare per persone in condizione di disabilità GRAVISSIMA, così come definita dall'art. 3 del decreto 26 settembre 2016 del Ministro del lavoro e delle politiche sociali (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 30 novembre 2016, n. 280) - **(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 assistito dal caregiver:

Cognome e Nome _____ nato/a

a _____ il _____

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

residente a _____ (___) in

via/piazza _____

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

2- Di avere con il caregiver il seguente rapporto di parentela o affinità:

coniuge unito civilmente convivente. padre/madre

figlio/figlia fratello/sorella nuora genero

nipote Altro (specificare) _____

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 così come definita dall'art. 3 del decreto 26 settembre 2016 del Ministro del lavoro e delle politiche sociali (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 30 novembre 2016, n. 280).

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 INCOMPATIBILITA' 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,
- 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,
- c) Assegno disabilità gravissima o similari contributi economici per importi pari o superiori a complessivi € 1.200,00 mensili,

5- 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.

DICHIARA INOLTRE CHE:

- il caregiver che lo assiste in maniera continuativa è CONVIVENTE
- il caregiver NON si trova in costanza di fruizione del congedo straordinario annuale/biennale retribuito per l'assistenza del sottoscritto/della persona assistita.

Ai fini della valutazione della domanda dichiara di avere preso atto e di accettare integralmente quanto stabilito nell'avviso ed in particolare i criteri e le condizioni di erogazione del contributo di cui all'articolo 6.

DICHIARA inoltre di essere consapevole che l'erogazione del contributo è subordinata alla sottoscrizione di un apposito Accordo di fiducia tra la persona assistita o la persona che ne tutelagli interessi, il caregiver familiare beneficiario del contributo e l'ECAD 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;

