



ALLEGATO B

Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste minori affetti da una malattia rara di cui all'Allegato 7 del Decreto del Presidente del consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 e in condizioni di disabilità gravissima

ISTANZA PER L'ACCESSO AL CONTRIBUTO ECONOMICO

Spett.le
REGIONE ABRUZZO
DIPARTIMENTO LAVORO - SOCIALE
SERVIZIO "POLITICHE PER IL BENESSERE
SOCIALE"
VIA CONTE DI RUVO, 74
65124 PESCARA

OGGETTO: ISTANZA DI ACCESSO AL CONTRIBUTO ECONOMICO – ANNO 2019.

IL/La sottoscritto/a _____
Codice fiscale n. _____ con la presente inoltra formale istanza di contributo economico, per l'anno 2019, in favore di genitori conviventi, inoccupati o disoccupati, residenti nella Regione Abruzzo che hanno nel proprio nucleo familiare figli minori affetti da malattie rare, croniche, gravi ed invalidanti come definite dall'Allegato al DPCM 12.01.2017 che comportino una disabilità gravissima, come da certificazione del Medico convenzionato per la pediatria di libera scelta, oppure dal medico convenzionato per l'assistenza primaria, che ha in carico l'assistito/a, Allegato C, e che necessitano di una elevata intensità assistenziale, cure tempestive, intensive e continue da parte dei familiari stessi.
A tal fine, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R., 28-12-2000, n. 445, i propri dati anagrafici:

COGNOME	
NOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
RESIDENZA: INDIRIZZO	
CAP	
COMUNE	
PROVINCIA	
RECAPITI TELEFONICI	
INDIRIZZO E-MAIL o PEC	



ALLEGATO B

DICHIARA INOLTRE:

1. DI ESSERE INOCCUPATO/A DISOCCUPATO/A
(barrare con una x la propria condizione occupazionale)

2. DI ESSERE IMPEGNATO/A IN SERVIZI DI CURA E ASSISTENZA CONTINUATA DEL/DEI SEGUENTI FIGLI MINORI CONVIVENTI AFFETTI DA MALATTIA RARA:

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA NASCITA	INDIRIZZO

3. DI AVERE IL SEGUENTE REDDITO ISEE _____
(desunto dall'attestazione ISEE in corso di validità riferito al nucleo familiare di appartenenza)

4. DI ESSERE

RESIDENTE NELLA REGIONE ABRUZZO

(barrare con una x la propria cittadinanza)

CITTADINO/A ITALIANA

CITTADINO/A DEL SEGUENTE STATO UE _____

IN QUANTO CITTADINO/A EXTRACOMUNITARIA, IN POSSESSO DEL PERMESSO DI SOGGIORNO CE PER I SOGGIORNANTI DI LUNGO PERIODO DI DURATA NON INFERIORE A UN ANNO

5. CHE IL CONTRIBUTO ECONOMICO ASSEGNATO SARÀ UTILIZZATO ESCLUSIVAMENTE PER IL LAVORO DI CURA NEI CONFRONTI DEL MINORE ASSISTITO

6. CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE NON È ALLA DATA ODIERNA ASSEGNATARIO DELL'ASSEGNO DISABILITÀ GRAVISSIMA EROGATO CON LE RISORSE DEL FONDO NAZIONALE NON AUTOSUFFICIENZA A FAVORE DEL FIGLIO MINORE PER CUI SI RIVOLGE ISTANZA

7. COMUNICA ai fini dell'erogazione del contributo, e ai fini e nel rispetto della Legge n. 136/2010:

– che il conto corrente (bancario o postale) sul quale accreditare il contributo regionale “**CONTRIBUTO ECONOMICO PER L’ANNO 2019 MINORI AFFETTI DA MALATTIA RARA E DISABILITÀ GRAVISSIMA**”, intestato o cointestato al/alla beneficiario/a, è il seguente:

IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

presso _____

intestato a _____

Codice Fiscale del richiedente:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



ALLEGATO B

che le persone abilitate a operare sul suddetto conto oltre al/alla sottoscritto/a sono esclusivamente le seguenti (indicare il Codice Fiscale di ognuno):

Sig./a _____

Codice Fiscale cointestatario del conto

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sig./a _____

Codice Fiscale cointestatario del conto

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Qualora, durante il periodo di fruizione del contributo economico, dovesse venir meno una delle condizioni che hanno dato luogo all'assegnazione del contributo stesso, il genitore beneficiario dovrà darne tempestivamente notizia al Servizio competente del Dipartimento per la Salute e il Welfare.

AUTORIZZA

- l'Amministrazione Regionale ed ogni altro soggetto formalmente delegato ad effettuare tutte le indagini tecniche ed amministrative dagli stessi ritenute necessarie sia in fase di istruttoria che dopo l'eventuale concessione delle agevolazioni richieste e l'erogazione a saldo delle stesse, anche tramite sopralluoghi e/o acquisizione di documentazioni pertinenti aggiuntive rispetto a quelle espressamente previste dalla normativa;
- l'inserimento, l'elaborazione e la comunicazione a terzi delle informazioni contenute nella presente domanda e nei relativi allegati, con riferimento alle disposizioni del DLGS 196/03.

ALLA PRESENTE DOMANDA ALLEGA:

- 1) certificazione di malattia rara, rilasciata da una struttura sanitaria pubblica attestante la sussistenza di malattia rara e relativo codice di classificazione ai sensi dell'Allegato 7 al DPCM 12.01.2017;
- 2) certificazione di disabilità gravissima redatta dal medico convenzionato per la pediatria di libera scelta, oppure dal medico convenzionato per l'assistenza primaria, che ha in carico l'assistito/a, Allegato C;
- 3) fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del genitore richiedente;
- 4) originale o copia conforme dell'attestazione del reddito ISEE del nucleo familiare, in corso di validità,
- 5) permesso di soggiorno in corso di validità.

Tutti i dati personali di cui l'Amministrazione venga in possesso in occasione dell'espletamento del presente procedimento vengono trattati nel rispetto del D.Lgs. 30-06-2003, nr. 196 recante "Codice in materia di protezione dei dati personali".

(luogo e data) _____

Firma del/la richiedente