

**CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL
CAREGIVER FAMILIARE - DPCM del 28 Dicembre 2021**

MODELLO DI DOMANDA

DATI DEL CAREGIVER

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il.....
Codice Fiscale

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

residente a..... (.....)
in via/piazza.....
CAP..... tel./cell...../.....e-mail.....

IN QUALITÀ DI CAREGIVER del/la Sig/ra _____

CHIEDE

di essere ammesso al seguente sostegno/contributo per caregiver familiare di cui alla DGR n. 770 del 12.12.2022

- Contributi una tantum a favore dei caregiver di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali.**
- Assegno di cura finalizzato all'acquisto di servizi di cura/assistenza diretta a favore del disabile assistito che rientra nella casa familiare a seguito di deistituzionalizzazione.**

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 assistere il familiare:

Cognome e Nome

.....nato/a

a..... il.....

Codice Fiscale

residente a..... (.....)

in via/piazza.....

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

2- Di avere con l'assistito/a il seguente rapporto di parentela o affinità:

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

3- Che il familiare assistito 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;
 persona che non ha avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali legate all'emergenza SARS COV2, e che risultino in lista di attesa per l'accesso alle strutture residenziali;
 persona inserita in struttura residenziale in regime convenzionato, destinataria di programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento con il caregiver familiare;

4- aver preso visione dell'Avviso e di essere consapevole delle condizioni di INCOMPATIBILITA' per la fruizione dei contributi oggetto della presente istanza come in esso riportati, ai sensi di quanto previsto dalla DGR 589/2021;

DICHIARA INOLTRE:

- Attestazione UVM, o di altri Organismi sociosanitari autorizzati, di avvenuta valutazione della persona assistita con espresso parere positivo all'inserimento in struttura;
- Certificazione da parte della struttura, di impossibilità di accesso a causa delle disposizioni normative inerenti la situazione di emergenza sanitaria;

per le istanze relative alla deistituzionalizzazione (art.4, punto 3)

- fotocopia del proprio documento di identità in corso di validità;
- titolo di soggiorno se cittadino straniero;
- fotocopia documento di identità in corso di validità del familiare assistito;
- titolo di soggiorno se cittadino straniero;
- certificazione di disabilità/non autosufficienza della persona assistita
- certificazione ISEE della persona assistita, in corso di validità;
- attestazione della presenza in struttura sociosanitaria/sanitaria della persona assistita
- Dichiarazione di impegno ad attivare l'iter per la predisposizione del progetto assistenziale personalizzato finalizzato alla deistituzionalizzazione della persona assistita che potrà dare luogo alla concessione del contributo economico.

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
