- Allegato A -

All’Ambito Territoriale Sociale

di Serra San Bruno

**OGGETTO: CONCESSIONE CONTRIBUTI PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL “CAREGIVER” FAMILIARE (FAMILIARE ASSISTENTE) PER GLI ANNI 2018-2019-2020**

Il/La sottoscritto/a :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_), il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; *(eventuale)* permesso di soggiorno n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_) via: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, *(si prega di inserire almeno uno dei recapiti richiesti (tel. / e-mail / Pec) per eventuali comunicazioni e richieste relative all’istruttoria della domanda)*

in qualità di Familiare Assistente (“Caregiver” Familiare) di:

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_), il: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_) via: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ grado di parentele con il Caregiver[[1]](#footnote-1): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso a ricevere il contributo economico, previsto dall’Avviso pubblico del Comune di Serra San Bruno, in qualità di capofila, concesso ai “caregiver” familiari, finalizzato al sostegno del ruolo di cura e di assistenza (ex DPCM del 27 ottobre 2020, in attuazione del comma 255 dell’art. 1 della Legge n. 205/2017), per l’assistenza continua e globale prestata a favore del proprio familiare disabile gravissimo in alto generalizzato.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

**DICHIARA**

*(contrassegnare con una X l’ipotesi che ricorre)*

* di essere caregiver di una persona con disabilità gravissima (accertata con Verbale n. \_\_\_\_\_\_\_ del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) [art. 4, punto 1 dell’avviso pubblico];
* di essere caregiver di persona che non ha avuto accesso a strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali o per non disponibilità di posti comprovata da idonea documentazione [art. 4, punto 2 dell’avviso pubblico];
* di essere caregiver di una persona inserita in un programma di accompagnamento finalizzato alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita, comprovata da idonea documentazione [art. 4, punto 3 dell’avviso pubblico];

**DICHIARA INOLTRE AI SENSI DELL’ART. 46 DEL D.P.R. 445/2000**

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell’art. 46 D.P.R. n. 445/2000

* che la persona assistita è in vita alla data di presentazione della domanda;
* che la persona assistita si trova nella condizione di NON autosufficienza ai sensi dell’allegato 3 del D.P.C.M. n. 159/2013 in quanto affetta dalla seguente patologia:

|  |
| --- |
| *Indicare la lettera corrispondente alla patologia descritta all’art. 5 dell’avviso pubblico* |
| **Art. 5** | Lettera: | Descrizione: |

* che la persona assistita E’ [ ] / NON E’ [ ] percettore di indennità di accompagnamento (contrassegnare con una X l’ipotesi che ricorre);
* che la persona assistita E’ [ ] / NON E’ [ ] percettore di altri contributi compatibili con le finalità della presente domanda, da intendersi nei termini di Assegno di Cura (contrassegnare con una X l’ipotesi che ricorre);

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Denominazione Contributo | Ente Erogatore | Importo |
|  |  |  |
|  |  |  |

* che il sottoscritto Caregiver familiare NON beneficia di congedi straordinari retribuiti di cui all’art. 3 della Legge 104/92;
* che il sottoscritto Caregiver familiare all’atto della presentazione della presente domanda si trova nella seguente condizione: [ ] soggetto monoreddito; [ ] nucleo monoparentale; [ ] nucleo familiare composto da un solo genitore (contrassegnare con una X l’ipotesi che ricorre);
* che ai fini di cui all’art. 6 dell’avviso pubblico *(criteri di riparto del contributo)* il sottoscritto Caregiver percepisce i seguenti contributi pubblici:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Denominazione Contributo | Ente Erogatore | Importo |
|  |  |  |
|  |  |  |

* Che ai fini di cui agli artt. 10 (approvazione graduatoria) e 11 (criteri di priorità per la formazione della graduatoria) dell’avviso pubblico il sottoscritto Caregiver familiare dichiara di trovarsi nella seguente condizione di priorità:

|  |
| --- |
| Indicare la lettera corrispondente all’indicatore dei criteri di priorità 2 e 3 dell’art. 11 dell’avviso pubblico |
| **Art. 11** | **Criterio 2** | Lettera: |
| **Art. 11** | **Criterio 3** | Lettera: |

* che l’assistito *(o in sua vece il suo amministratore di sostegno, tutore o curatore)* esprime parere favorevole rispetto alle attività svolte dal proprio Caregiver;
* che la persona assistita, alla data di presentazione della domanda, non disporre di un assistente personale/familiare (badante) addetto all’assistenza;
* che la persona disabile non è assistita in regime residenziale presso strutture sanitarie, sociosanitarie ed assistenziali e che pertanto l’attività di cura e assistenza avviene presso il domicilio della stessa persona disabile assistita;
* che la persona assistita NON percepisce altri contributi economici erogati dall’Ambito in favore della disabilità (Dopo di Noi; Vita Indipendente ecc.) NON compatibili con le finalità della presente domanda;
* che la persona assistita NON E’ inserita in percorsi di deistituzionalizzazione per il “Dopo di Noi”;
* che il sottoscritto Caregiver familiare: [ ] fa parte del nucleo familiare della persona assistita ovvero che [ ] risiede il altro modulo abitativo collocato nella stessa struttura in cui risiede la persona assistita (contrassegnare con una X l’ipotesi che ricorre);
* di aver preso visione dell’Avviso, di accettarne integralmente le disposizioni e di essere consapevole degli adempimenti richiesti, nessuno escluso;
* di aver preso visione dell’informativa inerente il trattamento dei dati personali riportata nell’Avviso;
* che i dati riportati nella presente domanda corrispondono al vero;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il dichiarante

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

**SI IMPEGNA**

* a produrre, secondo le modalità specificate dal Comune o dalla Regione Calabria, ogni documentazione eventualmente richiesta per le finalità previste dal presente Avviso;
* a comunicare tempestivamente al Comune Capo Ambito la permanenza della persona disabile gravissima assistita in strutture sanitarie o sociosanitarie assistenziali ai fini della sospensione dell’erogazione del contributo;
* a comunicare tempestivamente qualunque variazione che determini: il venir meno di uno o più requisiti di accesso ai contributi regionali; qualsiasi variazione che determini discordanza con quanto dichiarato in fase di presentazione della richiesta di contributo;
* a consentire, in qualsiasi momento, ogni verifica volta ad accertare la veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese e il corretto svolgimento dell’attività assistenziale ammessa a contributo, da parte dei competenti organi di controllo.

ALLEGATI

Alla presente domanda si allegano i seguenti documenti *(contrassegnare con una X)*:

* Attestazione ISEE ordinario (del Caregiver familiare);
* Copia del verbale di indennità di accompagnamento rilasciato dall’INPS*. (Allegare la copia del verbale senza gli OMISSIS, ovvero la copia del verbale dove sono chiaramente specificate le patologie della persona disabile)*;
* Copia certificazione medica specialistica, attestante una delle condizioni previste dalla lettera a) alla lettera i) dell’art. 5 dell’avviso pubblico;
* Copia del documento di riconoscimento della persona disabile in corso di validità;
* Copia del documento di riconoscimento del “caregiver” in corso di validità;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il dichiarante

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

COMUNICAZIONE ESTREMI PER LA LIQUIDAZIONE DEL CONTRIBUTO MENSILE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a completamento dell’istanza per l’ammissibilità al contributo di sostegno caregiver a favore di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in alto generalizzato,

COMUNICA

gli estremi per la liquidazione del contributo sul conto corrente identificato dalle seguenti coordinate:

Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Agenzia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice IBAN del conto corrente (27 caratteri)

|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il dichiarante

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_autorizza l’Ufficio di Piano al trattamento dei dati personali solo per fini istituzionali e necessari per l’espletamento del procedimento amministrativo relativo alla presente domanda, ai sensi del Regolamento generale per la protezione dei dati personali 2016/679.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il dichiarante

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

1. Coniuge; Figlio/a; Fratello; Sorella; Nipote; Nuora; Genero; altro entro il terzo grado; altra parte dell’unione civile; convivente di fatto ai sensi della legge 76/2016; [↑](#footnote-ref-1)