SCADENZA 30.08.2025

Oggetto: ISTANZA PER LA CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE– DPCM del 17 ottobre 2022 - DPCM 30 NOVEMBRE 2023

Il/la sottoscritto/a (caregiver).....

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

Codice Fiscale |

residente a in via

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

Pec.....

CHIEDE

di essere ammesso al seguente contributo per caregiver familiare

CONTRIBUTO DI SOLLIEVO

finalizzato alla fruizione di prestazioni di tregua dall’assistenza alla persona con disabilità e di ricorrere al seguente tipo di intervento (barrare una delle due opzioni):

- Sostituzione nel lavoro di cura con l’individuazione di un sostituto:
sig./ sig.ra _____
- Ricovero di sollievo temporaneo (es. fine settimana)

DICHIARA:

(ai sensi degli art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci o forma, esibisce, si avvale di atti falsi ovvero non più rispondenti a verità e delle relative sanzioni penali di cui all’art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative e di decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato)

1. di essere anagraficamente convivente e di assistere in maniera continuativa il proprio congiunto convivente

sig./sig.ra

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

Codice Fiscale |

residente a in via

(la residenza deve essere obbligatoriamente la stessa del caregiver)

tel./cell..... e-mail/pec.....

2. di avere il seguente rapporto di parentela o affinità:

☐ coniuge	☐ unito civilmente	☐ convivente	☐ padre/madre
☐ figlio/figlia	☐ fratello/sorella	☐ genero/nuora	☐ nonno/nonna
☐ nipote	☐ suocero/suocera	☐ cognato/cognata	

3. che il proprio congiunto convivente si trova nella seguente condizione:

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 e beneficiaria dell'indennità di accompagnamento, oppure definita non autosufficiente ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013 e a cui è riconosciuta la rispettiva indennità;

4. di aver preso visione dell'Avviso e di essere consapevole delle condizioni di incompatibilità per la fruizione dei contributi oggetto della presente istanza di cui si elencano a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo:

- a) il genitore caregiver dei minori con malattia rara e disabilità gravissima beneficiari del contributo erogato direttamente dalla Regione Abruzzo, se in godimento nel periodo temporale a cui si riferisce l'erogazione del contributo di sollievo;
- b) caregiver di soggetti assegnatari del contributo per la Vita Indipendente di cui alla L. R. 57/2012 o di interventi analoghi attuati con fondi nazionali (ad. es. Progetti Sperimentali di Vita indipendente finanziati con Fondi ministeriali), se in godimento nel periodo temporale a cui si riferisce l'erogazione del contributo di sollievo;
- c) caregiver di disabili beneficiari di progetti finanziati con il fondo "Dopo di Noi";
- d) caregiver di soggetti già assegnatari dell'Assegno disabilità gravissima o similari contributi economici (es. Progetto Home Care Premium) per importi pari o superiori a complessivi € 1.200,00 mensili, se in godimento nel periodo temporale a cui si riferisce l'erogazione del contributo di sollievo;
- e) caregiver dei soggetti assegnatari della "prestazione universale" per anziani over 80 in condizione di disabilità gravissima.

5. di essere consapevole che il contributo:

- è condizionato 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;
- decade in tutti i casi in cui i competenti Servizi accertino situazioni di carattere personale del caregiver o inerenti alla persona assistita che comportino il venir meno dell'attività di cura del familiare;
- prevede la fruizione di prestazioni di sollievo;
- è condizionato al possesso di un Modello ISEE ordinario anno 2025 non superiore ad € 36.000,00;

6. 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 alla DGR n. DGR n. 151 del 28/02/2024 nonché nell'avviso pubblico comunale;

**DICHIARA, inoltre:
Composizione del Nucleo Familiare**

Cognome e nome	Data di nascita	Grado di parentela	Situazione occupazionale (*)

(*): Studente; Lavoratore/trice a tempo indeterminato; Lavoratore/trice a tempo determinato; Pensionato/a sociale; Pensionato/a; Disoccupato; Altro

Attualmente usufruisce dei seguenti servizi:

Tipologia Servizi	Erogatore	h. settimanali	Contributo (mensile)
☐ Servizio assistenza Domiciliare - SAD			
☐ Assistenza Infermieristica Domiciliare			
☐ Assistenza Programmata Domiciliare (ADP-Medico Curante)			
☐ Servizio di Aiuto alla Persona			
☐ P.L.N.A. (specificare):			
☐ Assegno di Cura (FNA)			
☐ Trasporto sociale			
☐ Buoni Servizio			
☐ Disponibilità di obiettori di coscienza/volontariato/Servizio Civile			
☐ Centro Diurno / Laboratorio			
☐ Inserimento Lavorativo / Formativo			
☐ Servizio Socio Assistenziale Scolastico e/o Socio Educativo Scolastico e/o Extra Scolastico			
☐ Contributo per la Vita Indipendente (L.R.57/2012)			
☐ Prestazione servizio ai sensi dell'Home Care Premium (HCP)			
☐ Beneficio economico ai sensi dell'Home Care Premium (HCP)			

Allega alla presente:

- Y fotocopia documento di identità in corso di validità del familiare assistito;
- Y fotocopia documento di identità in corso di validità del caregiver;
- Y certificazione di disabilità del componente il nucleo familiare assistito dal caregiver familiare che versa in stato di disabilità e/o non autosufficienza (così come definita dall'art. 3 del Decreto 26 settembre 2016 del Ministro del lavoro e delle politiche sociali) articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 e indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18”
- Y certificazione ISEE ordinario del nucleo familiare del richiedente care giver- anno 2025;
- Y eventuale fotocopia del certificato di invalidità di altri componenti il nucleo familiare;
- Y titolo di soggiorno laddove ricorre il caso.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'art. 12 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