



Città Metropolitana di Roma Capitale
DISTRETTO RM 5.4

Allegato A – Modulo di domanda

AMBITO TERRITORIALE RM 5.4
COMUNE CAPOFILA
SUBIACO
Piazza S. Andrea, n. 1

Domanda per l'accesso al contributo economico concesso ai caregiver familiari, finalizzato al sostegno del ruolo di cura e di assistenza, ai sensi delle D.G.R. 58/2024 709/2025-711/25 .

Il/la sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____
Stato _____ residente nel Comune di _____ in
Via/P.zza _____ n.° _____ CAP _____ tel./cell. _____ Codice Fiscale _____
email _____

Documento identità _____ N. _____

Stato occupazionale(*barrare la voce che interessa*):

☐ Occupato ☐ Disoccupato ☐ Inattivo

Titolo di studio posseduto (*indicare uno dei seguenti: nessuno, licenza elementare/media inferiore, scuola superiore, laurea superiore*) _____

in qualità di caregiver familiare di:

Nome _____ Cognome _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____
residente in _____ Via _____ / _____ P.zza _____
_____ n.° _____ CAP _____
domiciliato presso _____ CAP _____ tel. _____
_____ cell. _____ C.F. _____

Stato occupazionale(*barrare la voce che interessa*):

☐ Occupato ☐ Disoccupato ☐ Inattivo

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR n° 445 del 28 dicembre 2000;



Città Metropolitana di Roma Capitale
DISTRETTO RM 5.4

DICHIARA

(barrare le voci che interessano)

- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino comunitario o cittadino di Stato non appartenente alla UE, in possesso di titolo di regolare permesso di soggiorno n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____ o, in caso di rinnovo, in possesso di ricevuta di presentazione della relativa domanda rilasciata in data _____;
- di essere, rispetto alla persona disabile assistita sopra indicata *(barrare una delle voci di seguito indicate)*:
 - ☐ coniuge
 - ☐ genitore
 - ☐ figlio/a
 - ☐ fratello-sorella
 - ☐ convivente di fatto
 - ☐ parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso
 - ☐ familiare secondo grado
 - ☐ affine secondo grado
 - ☐ affine entro il terzo grado di parentela

DICHIARA INOLTRE

(barrare le voci che interessano)

- di essere caregiver di una persona beneficiaria del contributo per disabilità gravissima ;
- di essere caregiver di una persona riconosciuta invalida al 100% (accertata con Verbale n. _____ del _____) – data decorrenza invalidità _____;
- di essere caregiver di una persona titolare di indennità di accompagnamento – data decorrenza indennità di accompagnamento _____;
- che per l'assistito/a NON è stata presentata richiesta per l'Assistenza Domiciliare Sociale;
- che la persona di cui il caregiver familiare si prende cura NON usufruire di nessuno dei seguenti programmi di assistenza: Programma *Home Care Premium*; Programma *"Dopo di Noi"*;
- che la persona assistita dal caregiver familiare (il suo amministratore di sostegno, tutore o curatore) esprime il proprio parere favorevole rispetto alle attività svolte dal proprio caregiver;
- che la propria situazione reddituale, risultante da certificazione ISEE socio sanitario in corso di validità ed allegata alla presente, è di € _____;



Città Metropolitana di Roma Capitale
DISTRETTO RM 5.4

CHIEDE

di essere ammesso a ricevere il contributo, per i sostegni previsti dall'avviso pubblico di seguito riportati :

A. Il sollievo programmato in ambito intrafamiliare (domiciliare): consente al caregiver familiare di disporre di momenti di pausa – tregua dall'impegno di cura, da intendersi non solo nell'accezione dell'assistenza fisica prestata in risposta alle esigenze assistenziali sanitarie, socio sanitarie ma, specie in caso di disabilità complesse, della responsabilità di tradurre e costruire nella quotidianità la vita della persona che non può farlo in autonomia per soddisfare esigenze di vita propria, concordati con i servizi territoriali.

Il contributo massimo erogabile per la misura di sollievo programmato in ambito domiciliare in favore di ciascun caregiver familiare riconosciuto, è stabilita in euro **500,00 annui**, implementati di ulteriori euro **100,00**, per un totale di euro **600,00** per i caregiver familiari di persone con disabilità complesse adeguata intensità assistenziale e a prevalente incidenza sanitaria. Il contributo de quo è, infatti, funzionale ad attivare il sollievo nella modalità indiretta, con acquisizione di prestazioni di assistenza da strutture accreditate al SSR o da liberi professionisti in sostituzione temporanea di quelle, quotidianamente, prestate dal caregiver familiare. Per ottenere tale rimborso è necessario presentare idonea documentazione fiscale (fattura/ricevuta e quietanza di pagamento) comprovante la spesa sostenuta. Sono riconosciute le spese relative ad interventi forniti nell'arco del 2025.

B. Il sollievo programmato tramite unità di offerta residenziale: è realizzato mediante l'accoglienza temporanea della persona con disabilità o non autosufficiente in struttura residenziale, accreditata/autorizzata ai sensi delle vigenti normative regionali (l.r. 4/2003 e l.r. 41/2003) che, per requisiti strutturali e funzionali, risponda alle specifiche esigenze di assistenza della persona come indicate nel PPA. La struttura interessata può essere pubblica o privata, quest'ultima in regime di convenzionamento o giorni della settimana/mese concordati con i servizi territoriali. La misura può essere attivata nella modalità diretta (servizi territoriali) o indiretta attraverso la libera scelta dell'assistente familiare. Per la modalità indiretta ai fini del rimborso l'interessato dovrà presentare idonea documentazione fiscale (fattura/ricevuta) attestante la spesa anticipata per la sostituzione.

Per il sollievo programmato di tipo residenziale, si conferma l'importo massimo annuo di euro **600,00** riconosciuto, a ciascun caregiver familiare indicato nell'ultima DGR 190/2024.

C. Attivazione e sviluppo di progetti finalizzati a percorsi di sostegno psicologico, individuale o di gruppo (lettera d, art. 2 del decreto)

C1. percorsi individuali: oltre alla possibilità, come qualsiasi altro cittadino, di ricorrere al servizio pubblico a tutela della propria salute, con la programmazione di tale misura si intende agevolare, attraverso il riconoscimento di un apposito sostegno economico, il caregiver familiare riconosciuto che, per scelta, intenda instaurare o mantenere un rapporto fiduciario con un libero professionista privato.

Si prevede, così, l'erogazione di un contributo destinato a concorrere alla copertura del costo della singola prestazione professionale. Il contributo de quo è quantificato in euro **50,00** per singola prestazione, per un importo annuo massimo riconoscibile a ciascun caregiver familiare riconosciuto di euro **500,00**, rimborsabile dal distretto socio sanitario previa presentazione delle relative fatture.

SI IMPEGNA

a rendicontare le spese sostenute fornendo la relativa idonea documentazione giustificativa, dalla quale si evince chiaramente chi ha effettuato il pagamento, la causale e il beneficiario.



Città Metropolitana di Roma Capitale
DISTRETTO RM 5.4

DICHIARA, ALTRESÌ:

- di essere a conoscenza che la presentazione della domanda comporta l'accettazione di tutte le disposizioni contenute nei documenti adottati dalla Regione Lazio per l'attuazione della misura in questione e recepite dall'Ambito RM 5.4;
- di essere consapevole che l'erogazione del contributo avverrà a rimborso, a seguito di rendicontazione delle spese sostenute ed eleggibili, che saranno fornite all'Ufficio di Piano dell'Ambito RM 5.4 all'atto della presentazione dell'istanza di rimborso;
- di essere a conoscenza che, la mancata sottoscrizione della presente istanza e l'assenza dei requisiti richiesti, indurranno l'Ufficio di Piano dell'Ambito RM 5.4 a dichiarare inammissibile la domanda.

INFINE DICHIARA

- di essere consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, punite dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;
- di aver preso atto dell'informativa, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, le informazioni, i dati e le notizie e le dichiarazioni acquisite, di natura personale e sensibili, saranno trattati esclusivamente per l'espletamento e la erogazione del beneficio presso l'Ufficio di Piano dell'Ambito RM 5.4 in qualità di titolare e responsabile.

I dati sopra richiesti verranno trattati dall'Ufficio di Piano dell'Ambito RM 5.4 in qualità di titolare del trattamento. Il richiedente di cui al citato avviso ha il diritto di conoscere i propri dati utilizzati dal Titolare. Nel caso in cui i dati non fossero del tutto corretti, l'interessato ha il diritto di aggiornamento, di rettifica, di integrazione dei propri dati; l'interessato ha inoltre diritto di opporsi al trattamento nonché, in caso di violazione di legge, alla cancellazione, alla anonimizzazione e al blocco dei dati trattati.

Luogo e data _____

Firma _____

Allegati:

- documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente sottoscrittore e dell'assistito/a;
- tessera sanitaria, fronte/retro, dell'assistito/a;



Città Metropolitana di Roma Capitale
DISTRETTO RM 5.4

- copia del permesso di soggiorno e/o del cedolino di rinnovo, se previsto;
- attestazione ISEE socio sanitario in corso di validità;
- Card Giver rilasciata dalla ASL di residenza;
- copia verbale INPS relativo allo stato di handicap ai sensi della L.104/92;
- verbale invalidità e accompagnamento ;