

**CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI
ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE DI CUI AL DECRETO DEL PRESIDENTE DEL
CONSIGLIO DEI MINISTRI 30 NOVEMBRE 2023
A NNUALITA' 2023 – DGR ABRUZZO N. 151 del 28.02.2024
CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI
ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE DI CUI AL DECRETO DEL PRESIDENTE DEL
CONSIGLIO DEI MINISTRI 8 GENNAIO 2025
ANNUALITA' 2024 - DGR ABRUZZO N. 499 del 30.07.2025**

In via/piazza.....
CAP..... tel./cell..... e-mail.....

(da compilare solo se la persona che ne cura gli interessi è diversa dal caregiver familiare)

DATI DELLA PERSONA CHE NE CURA E TUTELA GLI INTERESSI:

Il/la sottoscritto/a

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

[illegible]

Residente a..... (.....)

In via/piazza.....

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

2- Di avere con la persona disabile il seguente rapporto di parentela o affinità:

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

3- Di assistere un congiunto che 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;
- ☐ l'assistito è stato sottoposto a valutazione da parte dell'U.V.M. presso il Distretto Sanitario di _____, in data _____, in quanto 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;
- ☐ persona NON lungodegente / NON accolta stabilmente presso strutture residenziali

4- Di aver preso visione dell'Avviso e di essere consapevole delle condizioni di INCOMPATIBILITA' per la fruizione dei contributi oggetto della presente istanza; a tal proposito,

DICHIARA DI NON APPARTENERE alle seguenti categorie di beneficiari:

- a. Genitore caregiver di minore con malattia rara e disabilità gravissima beneficiario del contributo erogato direttamente dalla Regione Abruzzo, se in godimento nel medesimo periodo temporale a cui si riferisce l'erogazione del presente contributo di sollievo;
- b. Caregiver di soggetto assegnatario del contributo per la Vita Indipendente di cui alla L.R. 57/2012, o interventi analoghi attuati con fondi nazionali, comunque in godimento nel medesimo periodo temporale a cui si riferisce l'erogazione del presente contributo di sollievo;
- c. Caregiver familiare di persona con disabilità beneficiaria di progetti per la residenzialità continuativa e stabile fuori dalla famiglia d'origine finanziati con il fondo "Dopo di Noi" disabile beneficiario di progetti finanziati con il fondo "Dopo di Noi";
- d. Caregiver di soggetto già assegnatario dell'Assegno di disabilità gravissima o similari contributi economici per importi pari o superiori a complessivi € 1.000,00 mensili, se in godimento nel periodo temporale a cui si riferisce l'erogazione del presente contributo;

DICHIARA CHE:

In riferimento ai sotto indicati contributi economici similari, la persona disabile assistita percepisce:

€ _____ complessive per assegno FNNA (ultima assegnazione);
€ _____ mensili per HCP prestazione prevalente;
€ _____ (per altro da specificare);

5. di essere consapevole che l'erogazione del contributo è condizionata all'effettiva permanenza al domicilio della persona disabile, 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.

DICHIARA INOLTRE CHE:

☐ il caregiver è **ANAGRAFICAMENTE CONVIVENTE** con la persona assistita

Ai fini della valutazione della domanda dichiara 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 **DICHIARA** che ricorre una delle seguenti caratteristiche in ordine alle priorità di intervento individuate:

☐ Genitore caregiver che assiste il figlio/la figlia minore in situazione di disabilità gravissima come definita all'art. 3 del DM 26/9/2016, con priorità al caregiver di minore con disabilità gravissima privo dell'altro genitore;

☐ Il caregiver NON si trova in costanza di fruizione del congedo straordinario annuale/biennale retribuito per l'assistenza del disabile;

Inoltre, il caregiver familiare:

DICHIARA di avere un **ISEE** ordinario in corso di validità pari ad €

DICHIARA di essere consapevole che potranno essere eseguiti dei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rilasciate secondo quanto previsto dalla normativa vigente e per gli effetti dalla stessa stabiliti, ivi inclusa la decadenza o la revisione dal beneficio concesso.

DICHIARA, ai fini della valutazione della domanda, di avere preso atto e di accettare integralmente quanto stabilito nell'avviso ed in particolare i criteri e le condizioni di erogazione del contributo di cui all'articolo 6.

DICHIARA di essere consapevole che l'erogazione del contributo è subordinato alla sottoscrizione di un apposito Accordo di fiducia tra il caregiver familiare beneficiario del contributo o la persona che ne tuteli gli interessi e l'ECAD, in cui sia esplicitato l'impegno a fruire del beneficio economico per garantire la permanenza dell'assistito presso il domicilio individuato, assicurando interventi assistenziali di sostituzione utili nella cura del proprio congiunto nel periodo di godimento del beneficio, al fine di conciliare propri momenti di sollievo dal lavoro di cura; nel medesimo documento il caregiver individua il tipo di intervento che intende attuare con il contributo (sostituzione nel lavoro di cura anche con individuazione del sostituto laddove possibile e/o ricovero di sollievo temporaneo) e si impegna a comunicare tempestivamente all'Ambito Territoriale Sociale qualsiasi mutamento delle condizioni che hanno dato origine al beneficio (variazione di residenza, ricovero in struttura residenziale dell'assistito, decesso). L'accordo di fiducia ha la durata di mesi 12 (dodici) dalla data della sottoscrizione.

COMUNICA i seguenti dati ai fini della riscossione del contributo (**dati del caregiver familiare**)

Accredito su conto corrente intestato a

Codice Fiscale

A horizontal number line with 15 tick marks, labeled from 1 to 15.

Banca/Posta

IBAN:*(si consiglia di allegare anche copia di un documento della banca in cui sia riportato il codice IBAN, al fine di poter gestire eventuali errori o illeggibilità del codice sotto indicato)*

[illegible]

Luogo e data _____

IL/LA DICHIARANTE

Allega alla presente:

- Fotocopia del documento di identità del caregiver e della persona assistita, in corso di validità;
- Titoli di soggiorno se cittadini stranieri;
- Certificazione di disabilità gravissima della persona assistita;
- Eventuale attestazione di avvenuta valutazione della persona assistita;
- Certificazione ISEE ordinario del caregiver in corso di validità;

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

