

AI COMUNE DI SPOLTRE
ECAD dell'ADS n. 16 Metropolitano

CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL
CAREGIVER FAMILIARE - DPCM 8 gennaio 2025
DGR ABRUZZO N. 499 del 30.07.2025 – ANNUALITA' DEL FONDO 2024
CUP D91H26000000001

MODELLO DI DOMANDA
per il "Contributo di sollievo"
Annualità 2024

DATI DEL CAREGIVER FAMILIARE

Il/la sottoscritto/a
nato/a a..... il.....
Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |
residente a..... (.....)
in via/piazza.....
CAP..... tel./cell...../.....e-mail.....

CHIEDE

di essere ammesso al seguente sostegno/contributo per caregiver familiare

- ☐ **Contributi di sollievo a sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare che assiste un congiunto anagraficamente convivente in condizione di disabilità GRAVISSIMA (art. 3 Decreto 26 settembre 2016 Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali), finalizzati all'assistenza diretta o indiretta**

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 essere caregiver familiare di (compilare con i dati della persona assistita in condizione di DISABILITA' GRAVISSIMA):

Cognome e nome.....

Nato ail

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

Residente a(.....)

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.....
Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | |
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 definita non autosufficiente ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013 e a cui è riconosciuta la rispettiva indennità;
- ☐ 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";
- d. Caregiver di soggetto già assegnatario dell'Assegno di disabilità gravissima o similari contributi economici per importi pari o superiori a complessivi € 1.200,00 mensili, se in godimento nel periodo temporale a cui si riferisce l'erogazione del presente contributo;

DICHIARA CHE:

In riferimento ai sottoindicati 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
- ☐ Il caregiver **NON** si trova in costanza di fruizione del congedo straordinario annuale/biennale retribuito per l'assistenza del disabile;

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;

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 subordinata alla sottoscrizione di un apposito Accordo di fiducia tra il caregiver familiare beneficiario del contributo o la persona che ne tutela 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

