

- ☐ Ufficio Protocollo del Comune di Caulonia
☐ Da PEC a protocollo.caulonia@asmepec.it

Domanda di Contributo AVVISO PUBBLICO FONDO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA ED ASSISTENZA DEL "CAREGIVER" FAMILIARE PER GLI ANNI 2018 - 2019 E 2020. DECRETO MINISTERIALE 27 OTTOBRE 2020 – DELIBERA DI GIUNTA REGIONE CALABRIA N. 565/2021 E D.D.G. N. 13814/2021

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
(ai sensi dell'art. 46, 47 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)**

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) _____, nato/a il
_____ a _____ (____), Codice Fiscale
_____, residente a _____ (____) CAP _____
in Via _____

Telefono (obbligatorio) _____

Email (obbligatorio) _____

consapevole ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 che in caso di dichiarazioni non veritiere verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

DICHIARA

- di aver preso visione dell'Avviso Pubblico approvato con determinazione n. 88 del 31/05/2022 e redatto ai sensi della D.G.R. n. 565 del 18 dicembre 2021 (BURC n. 19 del 24 Gennaio 2022) Fondo per il sostegno del ruolo di cura ed assistenza del "caregiver" familiare per gli anni 2018 – 2019 e 2020. Decreto Ministeriale 27 ottobre 2020 – Presa d'atto delle "Linee di indirizzo Regionali" ed approvazione riparto tra gli Ambiti Territoriali Sociali regionali, accollandone integralmente il suo contenuto;

- di essere il caregiver familiare che fornisce assistenza continuativa prevalente e globale e svolta presso l'abitazione della persona assistita Sig./Sig.ra

(nome e cognome) _____, nato/a il
_____ a _____ (____) Codice Fiscale
_____, residente a _____ (____) CAP _____
in Via _____

- che la persona assistita è in possesso del certificato d'invalidità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o è titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18 o in possesso di certificazione medica attestante la disabilità gravissima, con condizione di dipendenza vitale da macchine e/o persone, con necessità di assistenza certificata da struttura pubblica o privata o dal medico di famiglia;
- che la persona assistita è in vita alla data di presentazione della domanda.

INOLTRE DICHIARA DI ESSERE

Barrare con una x fattispecie

1) Caregiver di persone in condizione di disabilità gravissima, come definita all'art. 3 del DM 26 settembre 2016

- ☐ caregiver di persone che non hanno avuto accesso al Fondo per le disabilità gravissime per mancanza di risorse;
- ☐ caregiver di persone che non sono beneficiarie di altri contributi facenti capo allo stesso ambito di risorse o prestazioni assistenziali;
- ☐ caregiver non beneficiari di congedi straordinari retribuiti di cui alla L. 104/92, art. 33;
- ☐ caregiver familiari monoreddito o nuclei monoparentali (nucleo familiare composto da un solo genitore).

2) Caregiver di persona che non ha avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali, comprovata da idonea documentazione.

- ☐ caregiver di persone che non hanno avuto altre risposte assistenziali, quali ad esempio il contributo previsto dall'avviso per il sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia, a valere sui fondi erogati dalle ASP in merito alle disabilità gravissime;
- ☐ caregiver non beneficiari di congedi straordinari retribuiti di cui alla L. 104/92, art. 33;
- ☐ caregiver familiari monoreddito o nuclei monoparentali composti da un solo genitore.

3) Programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione ed al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita.

- ☐ caregiver di persone che non sono inserite nei percorsi di deistituzionalizzazione per il "Dopo di noi";
- ☐ caregiver non beneficiari di congedi straordinari retribuiti di cui alla L. 104/92, art. 33;
- ☐ caregiver familiari monoreddito o nuclei monoparentali.

- essere residente nel comune di _____;

- ☐ essere: *(barrare con una x fattispecie)*
 - ☐ cittadino italiano;
 - ☐ cittadino comunitario;
 - ☐ Cittadino di Stato non appartenente alla UE, in possesso di regolare permesso di soggiorno, con esclusione dei titolari di permesso di durata inferiore a sei mesi;

- ☐ aver compiuto 18 anni di età ed essere in condizione di autosufficienza;
- ☐ di prestare attività di assistenza continua, svolta presso l'abitazione della persona assistita;
- ☐ di prestare attività di cura del congiunto, con conseguente riduzione della propria capacità lavorativa.

CHIEDE

Di poter accedere al contributo previsto per la figura del caregiver familiare ai sensi della DGR n.565/2021.

COMUNICA

Che il c/c su cui versare il contributo a seguito di ammissione ha il seguente IBAN:

[illegible]

N.B. L'iban deve essere intestato al richiedente e/o cointestato

Si allegano alla presente:

- ☐ Certificazione ISEE del nucleo familiare del caregiver in corso di validità, completa di dichiarazione sostitutiva unica (DSU), rilasciata ai sensi del D.P.C.M. n. 159 del 05/12/2013 e relativi decreti attuativi
 - ☐ Copia di un valido documento di identità del richiedente e dell'assistito (se minorenni copia del documento, in corso di validità, dell'esercente la potestà genitoriale)
 - ☐ Copia di Certificazione medico legale (L. 104/92 art. 3, co. 3), redatta dalla Commissione di accertamento Handicap che definisce la gravità della condizione e certifica la condizione di disabilità e di non autosufficienza
 - ☐ Copia di Certificazione medica attestante la disabilità gravissima, con condizione di dipendenza vitale da macchine e/o persone con necessità di assistenza certificata da struttura pubblica o dal medico di famiglia
 - ☐ Ogni altra documentazione ritenuta valida ai fini della stesura della graduatoria
- Specificare* _____

AUTORIZZA

al trattamento dei propri dati personali presenti nella presente dichiarazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell’art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679), per i fini propri della presente dichiarazione.

Luogo e data

Firma del caregiver

Consenso della persona assistita

o di un suo amministratore di sostegno, di un suo tutore o curatore

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) _____, nato/a il
_____ a _____ (____), Codice Fiscale
_____, residente a _____ (____) CAP _____
in Via _____

Dà il consenso al proprio caregiver per la presentazione della domanda di accesso all' **"AVVISO PUBBLICO FONDO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA ED ASSISTENZA DEL "CAREGIVER" FAMILIARE PER GLI ANNI 2018 - 2019 E 2020. DECRETO MINISTERIALE 27 OTTOBRE 2020 – DELIBERA DI GIUNTA REGIONE CALABRIA N. 565/2021 E D.D.G. N. 13814/2021"**.

AUTORIZZO ALTRESI'

il trattamento dei propri dati personali presenti nella presente dichiarazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679), per i fini propri della presente dichiarazione.

Luogo e data _____

Firma dell'assistito _____