

- Allegato A -

All'Ambito Territoriale Sociale

di Serra San Bruno

OGGETTO: CONCESSIONE CONTRIBUTI PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL "CAREGIVER" FAMILIARE (FAMILIARE ASSISTENTE) PER GLI ANNI 2018-2019-2020

Il/La sottoscritto/a : _____ codice fiscale: _____
nato/a a _____ (___), il _____, cittadinanza
_____; *(eventuale)* permesso di soggiorno n. _____ del _____ rilasciato
da: _____ residente a: _____ (___)
via: _____ tel. _____, e-mail
_____, pec _____, *(si prega di inserire almeno uno dei
recapiti richiesti (tel. / e-mail / Pec) per eventuali comunicazioni e richieste relative all'istruttoria della domanda)*

in qualità di Familiare Assistente ("Caregiver" Familiare) di:

Cognome e Nome: _____
nato/a a: _____ (___), il: _____, codice fiscale:
_____ residente a: _____ (___) via:
_____ grado di parentele con il Caregiver¹: _____

CHIEDE

di essere ammesso a ricevere il contributo economico, previsto dall'Avviso pubblico del Comune di Serra San Bruno, in qualità di capofila, concesso ai "caregiver" familiari, finalizzato al sostegno del ruolo di cura e di assistenza (ex DPCM del 27 ottobre 2020, in attuazione del comma 255 dell'art. 1 della Legge n. 205/2017), per l'assistenza continua e globale prestata a favore del proprio familiare disabile gravissimo in alto generalizzato.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

(contrassegnare con una X l'ipotesi che ricorre)

- di essere caregiver di una persona con disabilità gravissima (accertata con Verbale n. _____ del _____) [art. 4, punto 1 dell'avviso pubblico];

¹ Coniuge; Figlio/a; Fratello; Sorella; Nipote; Nuora; Genero; altro entro il terzo grado; altra parte dell'unione civile; convivente di fatto ai sensi della legge 76/2016;

- di essere caregiver di persona che non ha avuto accesso a strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali o per non disponibilità di posti comprovata da idonea documentazione [art. 4, punto 2 dell'avviso pubblico];
- di essere caregiver di una persona inserita in un programma di accompagnamento finalizzato alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita, comprovata da idonea documentazione [art. 4, punto 3 dell'avviso pubblico];

DICHIARA INOLTRE AI SENSI DELL'ART. 46 DEL D.P.R. 445/2000

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

- ✓ che la persona assistita è in vita alla data di presentazione della domanda;
- ✓ che la persona assistita si trova nella condizione di NON autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del D.P.C.M. n. 159/2013 in quanto affetta dalla seguente patologia:

<i>Indicare la lettera corrispondente alla patologia descritta all'art. 5 dell'avviso pubblico</i>		
Art. 5	Lettera:	Descrizione:

- ✓ che la persona assistita E' [] / NON E' [] percettore di indennità di accompagnamento (contrassegnare con una X l'ipotesi che ricorre);
- ✓ che la persona assistita E' [] / NON E' [] percettore di altri contributi compatibili con le finalità della presente domanda, da intendersi nei termini di Assegno di Cura (contrassegnare con una X l'ipotesi che ricorre);

Denominazione Contributo	Ente Erogatore	Importo

- ✓ che il sottoscritto Caregiver familiare NON beneficia di congedi straordinari retribuiti di cui all'art. 3 della Legge 104/92;
- ✓ che il sottoscritto Caregiver familiare all'atto della presentazione della presente domanda si trova nella seguente condizione: [] soggetto monoreddito; [] nucleo monoparentale; [] nucleo familiare composto da un solo genitore (contrassegnare con una X l'ipotesi che ricorre);
- ✓ che ai fini di cui all'art. 6 dell'avviso pubblico (*criteri di riparto del contributo*) il sottoscritto Caregiver percepisce i seguenti contributi pubblici:

Denominazione Contributo	Ente Erogatore	Importo

- ✓ Che ai fini di cui agli artt. 10 (approvazione graduatoria) e 11 (criteri di priorità per la formazione della graduatoria) dell'avviso pubblico il sottoscritto Caregiver familiare dichiara di trovarsi nella seguente condizione di priorità:

Indicare la lettera corrispondente all'indicatore dei criteri di priorità 2 e 3 dell'art. 11 dell'avviso pubblico		
Art. 11	Criterio 2	Lettera:
Art. 11	Criterio 3	Lettera:

- ✓ che l'assistito (*o in sua vece il suo amministratore di sostegno, tutore o curatore*) esprime parere favorevole rispetto alle attività svolte dal proprio Caregiver;
- ✓ che la persona assistita, alla data di presentazione della domanda, non dispone di un assistente personale/familiare (badante) addetto all'assistenza;
- ✓ che la persona disabile non è assistita in regime residenziale presso strutture sanitarie, sociosanitarie ed assistenziali e che pertanto l'attività di cura e assistenza avviene presso il domicilio della stessa persona disabile assistita;
- ✓ che la persona assistita NON percepisce altri contributi economici erogati dall'Ambito in favore della disabilità (Dopo di Noi; Vita Indipendente ecc.) NON compatibili con le finalità della presente domanda;
- ✓ che la persona assistita NON E' inserita in percorsi di deistituzionalizzazione per il "Dopo di Noi";
- ✓ che il sottoscritto Caregiver familiare: [] fa parte del nucleo familiare della persona assistita ovvero che [] risiede il altro modulo abitativo collocato nella stessa struttura in cui risiede la persona assistita (contrassegnare con una X l'ipotesi che ricorre);
- ✓ di aver preso visione dell'Avviso, di accettarne integralmente le disposizioni e di essere consapevole degli adempimenti richiesti, nessuno escluso;
- ✓ di aver preso visione dell'informativa inerente il trattamento dei dati personali riportata nell'Avviso;
- ✓ che i dati riportati nella presente domanda corrispondono al vero;

_____ li _____ Il dichiarante

SI IMPEGNA

- ✓ a produrre, secondo le modalità specificate dal Comune o dalla Regione Calabria, ogni documentazione eventualmente richiesta per le finalità previste dal presente Avviso;
- ✓ a comunicare tempestivamente al Comune Capo Ambito la permanenza della persona disabile gravissima assistita in strutture sanitarie o sociosanitarie assistenziali ai fini della sospensione dell'erogazione del contributo;
- ✓ a comunicare tempestivamente qualunque variazione che determini: il venir meno di uno o più requisiti di accesso ai contributi regionali; qualsiasi variazione che determini discordanza con quanto dichiarato in fase di presentazione della richiesta di contributo;
- ✓ a consentire, in qualsiasi momento, ogni verifica volta ad accertare la veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese e il corretto svolgimento dell'attività assistenziale ammessa a contributo, da parte dei competenti organi di controllo.

ALLEGATI

Alla presente domanda si allegano i seguenti documenti (*contrassegnare con una X*):

- Attestazione ISEE ordinario (del Caregiver familiare);

