**ALLEGATO A**

* **Ufficio Protocollo del Comune di \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_**
* **Da pec a** comune.rosarno@pec.comune.rosarno.rc.it

**Domanda di accesso al budget di sostegno al ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare.**

**DGR 565/2021**

**Dichiarazione sostitutiva**

**(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 \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Email \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 della DGR 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.*

**DICHIARA**

**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 di riconoscimento della disabilità gravissima rilasciato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dalla Commissione Sanitaria Provinciale;

□ che la persona assistita è in vita alla data di presentazione della domanda.

**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) Presenza programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* che il nucleo familiare dell’assistito è cosi composto:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome e nome | Data e luogo di nascita | Grado di parentela |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 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;
* avere compiuto 18 anni di età ed essere in condizione di autosufficienza;

in alternativa:

* di non essere percettore di altro assegno di cura
* di essere percettore di assegno di cura*,* finalizzato a sostenere le funzioni assistenziali dei genitori che si assumono in proprio l'onere dell'assistenza alla persona di minore età con disabilità gravissima pari ad euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mensili
* di essere percettore di assegno di cura pari ad euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mensili

che nel proprio nucleo familiare

* è presente almeno un disabile (art. 3 comma 3 L. 104/1992) ulteriore rispetto al disabile gravissimo assistito;
* è composto esclusivamente da caregiver familiare e dal disabile gravissimo NA;
* non ricadente nei casi precedenti, è presente almeno un minore diverso dal disabile gravissimo assistito;
* è presente almeno una persona anziana (=>65 anni) diverso dal disabile gravissimo assistito.

**DICHIARA**

Di essere consapevole che il contributo spettante sarà riconosciuto per un massimo di 12 mesi. In ogni caso in presenza di altri contributi, la somma di euro 400,00 può essere ridotta, fino alla concorrenza massima di tutti i contributi percepiti pari a euro 1.200,00 mensili (esempio: nel caso di altri contributi percepiti pari a € 1.000,00, l’assegno di cura riconoscibile sarà di € 200,00). Tale tetto è ridotto ad € 1.000,00 mensili quando la persona è già beneficiaria di un assegno di cura finalizzato a sostenere le funzioni assistenziali dei genitori che si assumono in proprio l’onere dell’assistenza alla persona di minore età con disabilità gravissima.

**CHIEDE**

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

**SI COMUNICA**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

Si allegano alla presente:

1. ISEE del caregiver familiare 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;
2. Copia di un valido documento di identità del richiedente ed assistito;
3. Condizione di disabilità e di non autosufficienza, previa certificazione medico legale (L. 104/92), redatta dalla Commissione di accertamento Handicap che definisce la gravità della condizione.

 **AUTORIZZA**

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 del caregiver \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consenso della persona assistita**

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

(nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Da il proprio consenso al proprio caregiver per la presentazione della domanda di accesso al “budget di sostegno al ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare” (DGR **5**65/2021**).**

**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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_