

**AI Servizi Sociali  
Dell’Unione dei Comuni  
“Colline del Medio Vomano”  
CERMIGNANO**

**CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL  
CAREGIVER FAMILIARE - DPCM del 28 Dicembre 2021**

**MODELLO DI DOMANDA per l’Assegno di cura**

**DATI DELLA PERSONA ASSISTITA (con disabilità grave o gravissima)**

Il/la sottoscritto/a .....

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

Codice Fiscale

residente a..... (.....)

in via/piazza.....

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

**(da compilare solo in caso di incapacità della persona assistita)**

**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.....

## CHIEDE

di essere ammesso al seguente sostegno/contributo per caregiver familiare di cui alla DGR n. 770 del 21.12.2022

**Assegni di cura per persone in condizione di disabilità grave o gravissima (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 assistito, presso il proprio domicilio, dal caregiver:**

Cognome e Nome .....

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

Codice Fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente a ..... (.....)

in via/piazza.....

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

#### **2- Di avere con il caregiver il seguente rapporto di parentela o affinità:**

- |  |  |                                      |                                      |
|--|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> coniuge       | <input type="checkbox"/> unito civilmente          | <input type="checkbox"/> convivente. | <input type="checkbox"/> padre/madre |
| <input type="checkbox"/> figlio/figlia | <input type="checkbox"/> fratello/sorella          | <input type="checkbox"/> nuora       | <input type="checkbox"/> genero      |
| <input type="checkbox"/> nipote        | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ |                                      |                                      |

#### **3- Di trovarsi 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;

**4- Di aver preso visione dell'Avviso e di essere consapevole** delle condizioni di INCOMPATIBILITA' per la fruizione dei contributi oggetto della presente istanza, e DICHIARA di NON ESSERE ASSEGNATARIO dei seguenti benefici:

- a) Contributo per i genitori caregiver dei minori con malattia rara e disabilità gravissima ex Avviso regionale anno 2022 approvato con DGR n. 570 del 18/10/2022;
- b) Contributo per la Vita Indipendente di cui alla L. R. 57/2012 annualità 2021 in cui progetto è ancora in corso o annualità 2022 o di interventi analoghi attuati con fondi nazionali,
- a) Assegno disabilità gravissima o similari contributi economici per importi pari o superiori a complessivi € 1.200,00 mensili;

**5- di essere consapevole** che l'erogazione del contributo:

- è condizionata all'effettiva permanenza a domicilio della persona non autosufficiente 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;
- si interrompe se il ricovero della persona assistita si protrae oltre i 40gg; è ripristinato al rientro della persona assistita nella casa familiare.

**DICHIARA INOLTRE CHE:**

Il caregiver lo assiste in maniera continuativa; è residente / domiciliato nella Regione Abruzzo ed è:

- convivente con il sottoscritto/persona assistita
- residente nello stesso Comune di sottoscritto/persona assistita
- residente in un Comune diverso (specificare) \_\_\_\_\_
- che NON si trova in costanza di fruizione del congedo straordinario annuale/biennale retribuito per l'assistenza del sottoscritto/della 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. 770 del 21.12.2022 e DICHIARA che ricorre una delle seguenti caratteristiche in ordine alle priorità di intervento individuate (N.B. BARRARE SOLO SE RICORRE UNA DELLE CONDIZIONI DI SEGUITO INDICATE):

- Genitore caregiver che assiste il figlio/la figlia minore in situazione di disabilità gravissima come definita all'art. 3 del DM 26/9/2016,
- Genitore caregiver che assiste il figlio/la figlia minore in situazione di disabilità gravissima come definita all'art. 3 del DM 26/9/2016, privo dell'altro genitore,
- Coniuge Caregiver in età avanzata (68 anni e oltre) senza figli, convivente della persona assistita
- Caregiver in giovane età (maggiormente con età fino a 32 anni compiuti), convivente con la persona assistita, che assiste il genitore vedovo o separato ovvero il fratello/la sorella, senza ulteriore sostegno familiare e risulta inoccupato o disoccupato.

