

AVVISO PUBBLICO

PER L'ASSEGNAZIONE DI BENEFICI A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE DI CUI AL DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 17 OTTOBRE 2022, DGR ABRUZZO N. 307/2023 E DI CUI AL DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 30 NOVEMBRE 2023, DGR ABRUZZO N. 151/2024. ANNUALITA' 2022-2023.

MODELLO DI DOMANDA

DATI DEL CAREGIVER

Il/la sottoscritto/a

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

[illegible]

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

in via/piazza.....

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

in qualità di CAREGIVER del/la Sig/ra _____

CHIEDE

di essere ammesso al **contributo di sollievo** finalizzato alla fruizione di prestazioni di tregua dall'assistenza continuativa alla persona con disabilità gravissima riconducibili agli interventi declinati alla lettera c comma 1, dell'art. 2 del Decreto 17 ottobre 2022 *“Interventi di assistenza diretta o indiretta per la fruizione di prestazioni di tregua dall'assistenza alla persona con disabilità, attuabili con interventi di sollievo, ad esempio per il fine settimana che favoriscano una sostituzione nell'assistenza o un ricovero in struttura residenziale aventi carattere di temporaneità”*.

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 assistere il familiare:

Cognome e Nome

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

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

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

in via/piazza.....

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

2. Di avere con l'assistito/a il seguente rapporto di parentela o affinità:

- ☐ coniuge ☐ unito civilmente ☐ convivente. ☐ padre/madre
- ☐ figlio/figlia ☐ fratello/sorella ☐ nuora ☐ genero
- ☐ nipote ☐ Altro (specificare) _____

3. Che il familiare assistito si trova nella seguente condizione:

(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 come in esso riportati, ai sensi di quanto previsto dalla DGR 589/2021;

DICHIARA INOLTRE:

☐ **di RISIEDERE** con la persona assistita;

☐ di essere genitore caregiver di minore con disabilità gravissima privo dell'altro genitore, che assiste il figlio/la figlia minore in situazione di disabilità gravissima come definita all'art. 3 del DM 26/9/2016 (N.B. BARRARE SOLO SE RICORRE)

☐ di avere preso atto e accettare integralmente i criteri e le condizioni di erogazione del contributo di cui alla DGR ABRUZZO N. 307/2023 e di cui alla DGR ABRUZZO N. 151/2024.

IL/LA DICHIARANTE