

ALLEGATO "A"

All'Ambito Territoriale n.1 di
Vibo Valentia
Comune Capofila Vibo Valentia
P.zza Martiri D'Ungheria

PEC: protocollocomunevibo@pec.it

OGGETTO: ISTANZA DI AMMISSIONE AL CONTRIBUTO ECONOMICO DEL FONDO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE – TRIENNIO 2018-2020 - AI SENSI DEL DECRETO DEL MINISTRO PER LE PARI OPPORTUNITÀ E LA FAMIGLIA DI CONCERTO CON IL MINISTRO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI DEL 27 OTTOBRE 2020.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
() il ___ / ___ / _____ residente a _____ in via _____
_____ n. _____, C.F. : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ /
telefono _____ /cellulare _____

in qualità di *caregiver familiare*¹ de:

il/la sig./ra _____ nato/a _____
_____ () il ___ / ___ / _____, residente
a _____ () via _____ n. _____
C.F.: ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / tel _____
cell. _____

CHIEDE

di essere ammesso a godere del contributo economico a valere sul Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare – triennio 2018-2020 - ai sensi del Decreto del Ministro per le Pari Opportunità e la Famiglia di concerto con il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 27 ottobre 2020.

¹Ai sensi dell'art. 1, comma 255 della legge 27 dicembre 2017, n. 205.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 e consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che la persona disabile o non autosufficiente, sopra generalizzata, è residente nel Comune di _____, appartenente all'Ambito Territoriale n.1 - Comune Capofila Vibo Valentia;

che è persona che assiste e si prende cura:

del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76

di un familiare o di un affine entro il secondo grado

di un familiare entro il terzo grado (nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 e cioè qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i sessantacinque anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti)

che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia 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, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18.

Che la propria condizione rientra tra le priorità fissate dall'Avviso Pubblico, in quanto:

caregiver di persona in condizione di disabilità gravissima, come definita all'art. 3 del DM 26 settembre 2016 rientrante tra quelle specificate all'art. 3 dell'Avviso Pubblico cui si aderisce con la presente;

caregiver di persona che non ha avuto accesso ai fondi erogati dall'ASP in merito alle disabilità gravissime per mancanza di risorse;

caregiver di persona disabile che non ha avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali, come da documentazione prodotta in allegato;

caregiver di persona disabile con programma di accompagnamento finalizzato 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 di persona disabile che non è beneficiaria di altri contributi o risposte assistenziali facenti capo allo stesso ambito di risorse o prestazioni assistenziali;

caregiver non beneficiario di congedi straordinari retribuiti di cui alla L. n. 104/1992 art. 33;

caregiver familiare monoreddito o nucleo monoparentale (nucleo familiare composto da un solo genitore).

Che la condizione di disabilità gravissima è stata accertata in sede di valutazione multidimensionale dalla UVM-UVMD del territorio di residenza della persona con disabilità o non autosufficiente, ai sensi della D.G.R. n. 638/2018.

Che ha un nucleo familiare composto da n. _____ persone come indicato di seguito:

N.	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	PARENTELA	CODICE FISCALE

ALLEGA alla presente:

Certificazione attestante lo stato di invalidità civile e/o stato di handicap ex L. n. 104/92 e/o titolarità di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18

Attestazione ISEE del nucleo familiare del richiedente in corso di validità

Fotocopia documento di riconoscimento e tessera sanitaria di chi propone l'istanza

Fotocopia documento di riconoscimento e tessera sanitaria della persona disabile assistita

Fotocopia certificazioni attestanti condizioni di fragilità (eventuale)

Altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti (eventuale) _____

AUTORIZZAZIONE LEGGE SULLA PRIVACY

Si autorizza il trattamento dei dati personali rilasciati esclusivamente per l'espletamento delle finalità relative al procedimento amministrativo per il quale gli anzidetti dati vengono forniti e raccolti, ai sensi del Regolamento UE-GDPR n. 2016/679. e del D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii."

(Luogo e data)

(Firma leggibile)