



# Città di Potenza

## Unità di Direzione “Servizi alla Persona”

Ufficio Servizi Sociali

Sede: Via N. Sauro – 85100 Potenza

### CONTRIBUTO ECONOMICO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE

#### ASSISTENZA INDIRECTA

##### Schema di domanda

Al Comune di	prot. n° _____
POTENZA	del _____

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Presa Visione della D.G.R. n. 202100653 del 06.08.2021 della Regione Basilicata recante “Indirizzi Regionali di programmazione per l’attuazione sperimentale degli interventi di cui all’art. 1 del D.M. 27 ottobre 2020 (Fondo Caregiver Familiari);

Visto l’Avviso approvato con Determinazione dirigenziale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

*fa domanda di Contributo Economico per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare*

#### ⓪ Assistenza Indiretta

##### dichiara

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000:

- di essere il Caregiver familiare come definito dal comma 255, dell’articolo 1 della legge 27 dicembre 2017, n. 205

del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

- che la persona assistita è

in condizioni di disabilità gravissima, così come definita dall’art. 3 del decreto 26 settembre 2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (pubblicato in G.U. il 30 novembre 2016, n. 280);

affetto da disabilità grave ai sensi della L. 104/92 art. 3, comma 3.

- di essere in possesso dei seguenti requisiti di priorità per l'accesso al contributo, in quanto:

- caregiver familiari di persone in condizione di disabilità gravissima, così come definita dall'art. 3 del decreto 26 settembre 2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (pubblicato in G.U. il 30 novembre 2016, n. 280), recante "Riparto delle risorse finanziarie del fondo nazionale per le non Autosufficienze, anno 2016", tenendo anche conto dei fenomeni di insorgenza anticipata delle condizioni previste dall'art. 3, del medesimo decreto: Punti 1;
- caregiver familiari di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali, da comprovare con idonea documentazione: Punti 1;
- A programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver familiare con la persona assistita: Punti 1

- di essere in possesso dei seguenti ulteriori criteri di priorità:

- caregiver familiari costretti a licenziamenti e/o ad aspettative da lavoro non retribuite o che richiedono frequenti permessi lavorativi per la cura del familiare: Punti 1;
- i caregiver familiari monoparentali: Punti 1;
- i caregiver parentali monoreddito: Punti 1;
- i caregiver parentali di persone disabili che non beneficiano della misura regionale per le disabilità gravissime: Punti 1;
- i caregiver parentali di persone disabili che non beneficiano della misura dell'Assegno di Cura: Punti 1.

## 2. Modalità di riscossione

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità

**chiede che la liquidazione del contributo economico in proprio favore (caregiver) venga effettuata con la seguente modalità:**

Accreditamento bancario, su istituto di credito \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

## 4. Comunicazione variazioni

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunale comunicando tempestivamente, entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In fede

Luogo, \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

Allega:

1) per i caregiver familiari di persone con disabilità gravissima: copia del certificato di invalidità da cui risulti la condizione di non autosufficienza definita ai sensi dell'allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013

2) per i caregiver familiari di persone con disabilità grave: copia della certificazione da cui risulti il riconoscimento del requisito di cui all'art. 3, comma 3 della L. 104/92, rilasciato da parte della Commissione Medica della ASL

- 3) autocertificazione che attesti l'assistenza diretta al proprio familiare convivente per i mesi effettivi per cui si chiede il contributo, e comunque per un periodo fino a 12 mesi antecedenti la data di pubblicazione del presente avviso;
- 4) autocertificazione che attesti la residenza del caregiver con la persona che necessita di assistenza per i mesi effettivi per cui si chiede il contributo, e comunque per un periodo fino a 12 mesi antecedenti la data di pubblicazione del presente avviso;
- 5) documento d'identità valido del dichiarante;
- 6) ISEE (DSU 2022) Ordinario del caregiver familiare;
- 7) Copia di un documento bancario in cui sia riportato il codice IBAN intestato al caregiver richiedente il beneficio.

**Informativa relativa al trattamento dei dati personali**

**Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR - Regolamento generale sulla protezione dei dati - e del codice della privacy italiano, come modificato dal d.lgs 101/2018, i dati personali forniti dai richiedenti saranno raccolti e trattati con o senza ausilio di mezzi elettronici, secondo quanto indicato nell'informativa dell'avviso stesso di cui il sottoscritto dichiara la presa visione ed accettazione.**

**Data** \_\_\_\_\_

**Il Dichiarante**

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)