



Città di Potenza

Unità di Direzione Servizi alla Persona



Prot. n° _____

**DOMANDA DI
CONTRIBUTO ECONOMICO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E
ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE ASSISTENZA INDIRETTA**

Il sottoscritto/a _____ codice fiscale _____
nato/a _____ (____) il _____
residente a _____ CAP _____
indirizzo _____ n° _____ telefono _____

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 ai sensi dell'art. 1 comma 2 del DM 17 ottobre 2022:

- ☐ 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:

- ☐ **1.** i caregiver familiari che hanno un lungo periodo di carico assistenziale; Punti 1
- ☐ **2.** i caregiver familiari cui questa condizione ha impedito l'accesso al lavoro e che si trovano nella casistica di inoccupati o disoccupati; Punti 1
- ☐ **3.** i 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;
- ☐ **4.** i caregiver familiari monoparentali: Punti 1;
- ☐ **5.** i caregiver parentali monoreddito: 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/postale e o poste pay, sul seguente iban intestato a _____

IBAN _____

4. Comunicazione variazioni

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunale comunicando tempestivamente, entro 15 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.

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

Luogo, _____ Data ____/____/____

Certificazione da Allegare:

- 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 (non necessario per i beneficiari del contributo GRAVISSIMI erogato dal comune)
- 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 2024) 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)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(art. 46 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445)

CONTRIBUTO ECONOMICO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA
DEL CAREGIVER FAMILIARE (ASSISTENZA INDIRETTA)

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a

a, _____ il _____ è residente in

alla via/piazza _____ n. _____

per un periodo di n. 12 mesi antecedente la presentazione della domanda

consapevole

delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le false attestazioni e dichiarazioni mendaci

- della perdita dei benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art. 75 del citato DPR
- dell'effettuazione di controlli sulla veridicità di quanto dichiarato, ai sensi dell'art. 71 del citato DPR

DICHIARA

○ DI PRESTARE DIRETTAMENTE ASSISTENZA AL PROPRIO

FAMILIARE CONVIVENTE di seguito specificato:

informativa relativa al trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 e del -Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD-UE 2016/679) - e del codice della privacy italiano, come modificato dal D.Lgs 101/2018, i dati personali forniti dal richiedente saranno raccolti e trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa secondo quanto indicato nell'informativa dell'avviso stesso di cui il sottoscritto dichiara la presa visione ed accettazione

POTENZA, _____

(Firma)

Allegato di cui ai punti 3,4