

COMUNE DI MATERA

SERVIZIO POLITICHE SOCIALI

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

Schema di domanda

Al Servizio Politiche Sociali del Comune di MATERA	prot. n° _____
	del _____
	codice privacy _____

Il/La sottoscritto/a _____ codice fiscale _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ CAP _____

indirizzo _____ n° _____ telefono _____

Preso 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 dell'Ambito Socio Territoriale Città di Matera, approvato con Determinazione dirigenziale n. _____ del _____

*fa domanda di Contributo Economico per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del Caregiver familiare
(Assistenza Indiretta e/o Assistenza Diretta)*

dichiara

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete, rese 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/della Sig./Sig.ra _____ codice fiscale _____

nato/a 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): **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**;
- caregiver di persona assistita coinvolta in 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 familiare costretto a licenziamenti e/o ad aspettativa da lavoro non retribuita o che richiede frequenti permessi lavorativi per la cura del familiare: **Punti 1**;
- caregiver familiare monoparentale: **Punti 1**;
- caregiver parentale monoreddito: **Punti 1**;
- caregiver parentale di persona disabili che non beneficia della misura regionale per le disabilità gravissime: **Punti 1**;
- caregiver parentale di persona disabili che non beneficia della misura dell'Assegno di Cura: **Punti 1**.

Modalità di riscossione

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità **chiede che la liquidazione del contributo economico in proprio favore venga effettuata con la seguente modalità:**

Accredito su CCB o Postale (indicare) _____

IBAN _____

Comunicazione variazioni

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunicando tempestivamente, entro il giorno 10 di ogni mese dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

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;
 - certificazione medico-specialistica rilasciata dalle strutture sanitarie che attesti almeno una delle condizioni di cui agli allegati 1 e 2 del decreto 26 settembre 2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali;
- 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, ai sensi del DPR/2000, che attesti l'assistenza diretta al proprio familiare convivente e la residenza del caregiver con la persona che necessita di assistenza, in data antecedente la pubblicazione dell'avviso;
- 4) documento d'identità valido del dichiarante;
- 5) ISEE ordinario del caregiver familiare con scadenza al 31/12/2023 (tale documentazione è necessaria in quanto, a parità di punteggio, si darà priorità all'istanza del Caregiver con ISEE ordinario più basso);
- 6) copia di un'attestazione bancaria o postale 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)