**ALLEGATO A**

**Ufficio Protocollo del Comune di Villa San Giovanni**

 **pec protocollo@pec.comune.villasangiovanni.rc.it**

**Al Responsabile dell’Ufficio di Piano**

**Ambito territoriale sociale di Villa San Giovanni**

**Comune Capofila di Villa San Giovanni**

**OGGETTO: RICHIESTA CONCESSIONE CONTRIBUTI PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL “CAREGIVER” FAMILIARE (FAMILIARE ASSISTENTE)**

**Dichiarazione sostitutiva**

**(art. 46, 47 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)**

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Telefono \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Email \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 che in caso di dichiarazioni non veritiere verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

CHIEDE

di essere ammesso a ricevere il contributo economico, previsto dall’Avviso pubblico del Comune di Villa San Giovanni, in qualità di capofila, concesso ai “Caregiver” familiari, finalizzato al sostegno del ruolo di cura e di assistenza (ex DPCM del 27 ottobre 2020, in attuazione del comma 255 dell’art. 1 della Legge n. 205/2017), per l’assistenza continua e globale prestata a favore del proprio familiare di seguito generalizzato.

**DICHIARA**

**di essere il caregiver familiare che fornisce assistenza continuativa prevalente e globale e svolta presso l’abitazione della persona assistita Sig./Sig.ra**

(nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_) CAP\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ che la persona assistita è in possesso del certificato di riconoscimento della disabilità gravissima rilasciato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dalla Commissione Sanitaria Provinciale;

□ che la persona assistita è in vita alla data di presentazione della domanda.

**DICHIARA DI ESSERE**

*Barrare con una x fattispecie*

**1) Caregiver di persone in condizione di disabilità gravissima, come definita all'art. 3 del DM 26 settembre 2016**

* caregiver di persone che non hanno avuto accesso al Fondo per le disabilità gravissime per mancanza di risorse
* caregiver di persone che non sono beneficiarie di altri contributi facenti capo allo stesso ambito di risorse o prestazioni assistenziali
* caregiver non beneficiari di congedi straordinari retribuiti di cui alla L. 104/92, art. 33;
* caregiver familiari monoreddito o (nuclei monoparentali nucleo familiare composto da un solo genitore)

**2) Caregiver di persona che non ha avuto accesso alle strutture residenziali anche a causa delle disposizioni normative emergenziali, comprovata da idonea documentazione.**

* caregiver di persone che non hanno avuto altre risposte assistenziali, quali ad esempio il contributo previsto dall'avviso per il sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia, a valere sui fondi erogati dalle ASP in merito alle disabilità gravissime
* caregiver non beneficiari di congedi straordinari retribuiti di cui alla L. 104/92, art. 33
* caregiver familiari monoreddito o (nuclei monoparentali composti da un solo genitore)

**3) Presenza programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione 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 non beneficiari di congedi straordinari retribuiti di cui alla L. 104/92, art. 33
* caregiver familiari monoreddito o nuclei monoparentali
* essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* che il nucleo familiare dell’assistito è cosi composto:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome e nome | Data e luogo di nascita | Grado di parentela |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* essere: *(barrare con una x fattispecie)*
* cittadino italiano;
* cittadino comunitario;
* Cittadino di Stato non appartenente alla UE, in possesso di regolare permesso di soggiorno, con esclusione dei titolari di permesso di durata inferiore a sei mesi;
* avere compiuto 18 anni di età ed essere in condizione di autosufficienza;

in alternativa:

* di non essere percettore di altro assegno di cura
* di essere percettore di assegno di cura*,* finalizzato a sostenere le funzioni assistenziali dei genitori che si assumono in proprio l'onere dell'assistenza alla persona di minore età con disabilità gravissima pari ad euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mensili
* di essere percettore di assegno di cura pari ad euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mensili

che nel proprio nucleo familiare

* è presente almeno un disabile (art. 3 comma 3 L. 104/1992) ulteriore rispetto al disabile gravissimo assistito;
* è composto esclusivamente da caregiver familiare e dal disabile gravissimo NA;
* non ricadente nei casi precedenti, è presente almeno un minore diverso dal disabile gravissimo assistito;
* è presente almeno una persona anziana (=>65 anni) diverso dal disabile gravissimo assistito.

**CHIEDE**

Di poter accedere al contributo previsto per la figura del caregiver familiare ai densi della DGR n.565/2021.

**SI COMUNICA**

che c/c su cui versare il contributo a seguito di ammissione ha il seguente IBAN:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*N.B. L’iban deve essere intestato al richiedente e/o cointestato*

Si allegano alla presente:

1. ISEE del caregiver familiare in corso di validità, completa di dichiarazione sostitutiva unica (DSU), rilasciata ai sensi del D.P.C.M. n. 159 del 05/12/2013 e relativi decreti attuativi;
2. Copia di un valido documento di identità del richiedente ed assistito;
3. Condizione di disabilità e di non autosufficienza, previa certificazione medico legale (L. 104/92), redatta dalla Commissione di accertamento Handicap che definisce la gravità della condizione.

 **AUTORIZZA**

il trattamento dei propri dati personali presenti nella presente dichiarazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell’art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679), per i fini propri della presente dichiarazione.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del caregiver \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consenso della persona assistita**

**o di un suo amministratore di sostegno, di un suo tutore o curatore**

(nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Da il proprio consenso al proprio caregiver per la presentazione della domanda di accesso al “budget di sostegno al ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare” (DGR **5**65/2021**).**

**AUTORIZZO ALTRESI’**

il trattamento dei propri dati personali presenti nella presente dichiarazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell’art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679), per i fini propri della presente dichiarazione.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dell’assistito\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_