

All'ECAD n. 2 Marsica
c/o Ufficio Sociale ADS N 2 Comunità Montana Montagna Marsicana
Via Monte Velino n. 61
67059 Avezzano (Aq)

**CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL
CAREGIVER FAMILIARE - DPCM del 27 ottobre 2020**

MODELLO DI DOMANDA per l'Assegno di cura

DATI DELLA PERSONA ASSISTITA (con disabilità grave o gravissima)

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il
Codice Fiscale

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

residente a (.....)
in via/piazza
CAP tel./cell...../..... e-mail.....

(da compilare solo in caso di incapacità della persona assistita)

DATI DELLA PERSONA CHE NE CURA E TUTELA GLI INTERESSI:

Il/la sottoscritto/a nato/a
a il
Codice Fiscale

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

residente a (.....)
in via/piazza
CAP tel./cell...../..... e-mail.....

CHIEDE

di essere ammesso al seguente sostegno/contributo per caregiver familiare di cui alla DGR n. 589 del 20.09.2021

- Assegni di cura per persone in condizione di disabilità grave o gravissima (finalizzati all'assistenza diretta o indiretta).**

A tale scopo, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole della decadenza dei benefici connessi e delle sanzioni penali previste, ai sensi degli articoli 75 e 76 dello stesso DPR, in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA:

1- Di essere assistito, presso il proprio domicilio, dal caregiver:

Cognome e Nome

nato/a il.....

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

residente a..... (.....)

in via/piazza.....

CAP..... tel./cell...../.....e-mail.....

2- Di avere con il caregiver il seguente rapporto di parentela o affinità:

- | | | | |
|--|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> coniuge | <input type="checkbox"/> unito civilmente | <input type="checkbox"/> convivente. | <input type="checkbox"/> padre/madre |
| <input type="checkbox"/> figlio/figlia | <input type="checkbox"/> fratello/sorella | <input type="checkbox"/> nuora | <input type="checkbox"/> genero |
| <input type="checkbox"/> nipote | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ | | |

3- Di trovarsi nelle seguenti condizioni (è possibile selezionare più casistiche):

persona non in grado di prendersi cura di sé, 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

persona in condizione di disabilità gravissima come definita dall'art 3 del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26/9/2016, beneficiaria dell'indennità di accompagnamento, oppure definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013 e a cui è riconosciuta la rispettiva indennità;

l'assistito è stato sottoposto a valutazione da parte dell'U. V. M. presso il Distretto Sanitario di _____, in data _____, in quanto persona in condizione di disabilità gravissima come definita dall'art 3 del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26/9/2016;

4- Di aver preso visione dell'Avviso e di essere consapevole delle condizioni di INCOMPATIBILITA' per la fruizione dei contributi oggetto della presente istanza, e DICHIARA di NON ESSERE ASSEGNATARIO dei seguenti benefici:

- a) Contributo per i genitori caregiver dei minori con malattia rara e disabilità gravissima ex Avviso regionale anno 2021 approvato con DGR n. 687 del 2/11/2021,
- b) Contributo per la Vita Indipendente di cui alla L. R. 57/2012 annualità 2020 in cui progetto è ancora in corso o annualità 2021 o di interventi analoghi attuati con fondi nazionali,
- a) Assegno disabilità gravissima o similari contributi economici per importi pari o superiori a complessivi € 1.200,00 mensili;

5- di essere consapevole che l'erogazione del contributo:

- è condizionata all'effettiva permanenza a domicilio della persona non autosufficiente e che in nessun caso è previsto l'intervento se la persona assistita risulta lungodegente o accolta stabilmente presso strutture residenziali all'atto della richiesta;
- si interrompe se il ricovero della persona assistita si protrae oltre i 40gg; è ripristinato al rientro della persona assistita nella casa familiare.

DICHIARA INOLTRE CHE:

Il caregiver lo assiste in maniera continuativa; è residente / domiciliato nella Regione Abruzzo ed è:

- convivente con il sottoscritto/persona assistita
- residente nello stesso Comune di sottoscritto/persona assistita
- residente in un Comune diverso (specificare) _____
- che NON si trova in costanza di fruizione del congedo straordinario annuale/biennale retribuito per l'assistenza del sottoscritto/della persona assistita.

Ai fini della valutazione della domanda dichiara di avere preso atto e di accettare integralmente i criteri e le condizioni di erogazione del contributo di cui alla DGR n. 589 del 20.09.2021 e DICHIARA che ricorre una delle seguenti caratteristiche in ordine alle priorità di intervento individuate:

- Genitore caregiver che assiste il figlio/la figlia minore in situazione di disabilità gravissima come definita all'art. 3 del DM 26/9/2016,
- Genitore caregiver che assiste il figlio/la figlia minore in situazione di disabilità gravissima come definita all'art. 3 del DM 26/9/2016, privo dell'altro genitore,
- Coniuge Caregiver in età avanzata (68 anni e oltre) senza figli, convivente della persona assistita
- Caregiver in giovane età (maggiormente con età fino a 32 anni compiuti), convivente con la persona assistita, che assiste il genitore vedovo o separato ovvero il fratello/la sorella, senza ulteriore sostegno familiare e risulta inoccupato o disoccupato.

(N.B. BARRARE SOLO SE RICORRE UNA DELLE CONDIZIONI SOPRA INDICATE)

Nelle operazioni di trattamento dei dati sono inoltre adottate tutte le misure di sicurezza atte a custodire e controllare i dati in modo da ridurre al minimo i rischi di una loro distruzione o perdita, anche accidentale, di accesso non autorizzato, di trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO/RESPONSABILE/INCARICATO

Titolare del trattamento dei dati è l'ECAD n. 2 Marsica:

pec: montagnamarsicana@pec.it

Responsabile del trattamento dei dati: Sabrina Frezza

Responsabile della protezione dei dati: Silos Sistemi

CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei dati è necessario per lo svolgimento delle tipologie di intervento.

Un eventuale non conferimento dei dati, così come un parziale conferimento dei dati stessi potrebbe comportare l'impossibilità di continuare a svolgere le proprie attività istituzionali, nonché di fornire tutti quei servizi per i quali l'acquisizione dei dati costituisce presupposto indispensabile per l'effettuazione delle prestazioni.

COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE Ove necessario, nell'ambito delle finalità del trattamento, i dati potranno essere comunicati, in Italia e all'estero, per l'espletamento degli adempimenti ad altri soggetti, come ad esempio:

Istituti di credito, professionisti (commercialisti, avvocati, ecc.), assicurazioni, società di leasing, società finanziarie, società di consulenza, società di recupero crediti e a tutti quanti collaborano internamente o esternamente con la nostra società.

I dati non saranno diffusi per altre finalità, salvo un Suo esplicito consenso. Ai fini del corretto trattamento dei dati è, comunque, necessario che l'interessato comunichi tempestivamente le eventuali variazioni dei dati forniti.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'interessato può rivolgersi al Titolare del Trattamento per far valere i suoi diritti così come previsto dal Reg. UE 2016/679 Regolamento Generale per la Protezione dei Dati Personali, come di seguito riportato:

Reg. UE 2016/679 Regolamento Generale per la Protezione dei Dati Personali – Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

In qualsiasi momento, rivolgendosi alla nostra sede, nella forma ritenuta più opportuna (e-mail, fax, lettera) Lei potrà chiedere

- Di conoscere l'esistenza di trattamenti di dati che possono riguardarla;
- di ottenere senza ritardo la comunicazione in forma intelligibile dei medesimi dati e della loro origine;
- la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge;
- l'aggiornamento, la rettificazione ovvero l'integrazione dei dati;
- l'attestazione che le operazioni predette sono state portate a conoscenza di coloro ai quali i dati sono stati comunicati, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato;
- di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che La riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;

Firma per esteso e leggibile del richiedente _____

Allega alla presente:

per le istanze relative al contributo una tantum (art.4, punto 2):

- fotocopia del proprio documento di identità in corso di validità;
- titolo di soggiorno se cittadino straniero;
- fotocopia documento di identità in corso di validità del familiare assistito;
- titolo di soggiorno se cittadino straniero;
- certificazione di disabilità/non autosufficienza della persona assistita
- certificazione ISEE del caregiver richiedente il contributo, in corso di validità;
- Attestazione dei servizi sociosanitari circa il ruolo di caregiver familiare ricoperto nel processo di cura della persona assistita;
- Attestazione UVM, o di altri Organismi sociosanitari autorizzati, di avvenuta valutazione della persona assistita con espresso parere positivo all'inserimento in struttura;
- Certificazione da parte della struttura, di impossibilità di accesso a causa delle disposizioni normative inerenti la situazione di emergenza sanitaria;

per le istanze relative alla deistituzionalizzazione (art.4, punto 3)

- fotocopia del proprio documento di identità in corso di validità;
- titolo di soggiorno se cittadino straniero;
- fotocopia documento di identità in corso di validità del familiare assistito;
- titolo di soggiorno se cittadino straniero;
- certificazione di disabilità/non autosufficienza della persona assistita
- certificazione ISEE della persona assistita, in corso di validità;
- attestazione della presenza in struttura sociosanitaria/sanitaria della persona assistita
- Dichiarazione di impegno ad attivare l'iter per la predisposizione del progetto assistenziale personalizzato finalizzato alla deistituzionalizzazione della persona assistita che potrà dare luogo alla concessione del contributo economico.

Luogo e data _____

Firma per esteso e leggibile del
richiedente
