

All. A

AI COMUNE DI

DA PRESENTARE DAL 16.12.2025

SCADENZA 31.12.2025

Oggetto: ISTANZA PER LA CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE ANNUALITA' 2024 - DPCM 8 GENNAIO 2025 - DGR ABRUZZO N. 499 DEL 30/07/2025

Il/la sottoscritto/a (caregiver).....

nato/a a..... il.....

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

residente a in via

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

Pec.....

CHIEDE

di essere ammesso al seguente contributo per caregiver familiare (Fondo anno 2024)

CONTRIBUTO DI SOLLIEVO

finalizzato alla fruizione di prestazioni di tregua dall'assistenza alla persona con disabilità e di ricorrere al seguente tipo di intervento (barrare una delle due opzioni):

☐ Sostituzione nel lavoro di cura con l'individuazione di un sostituto:
sig./ sig.ra.....

☐ Ricovero di sollievo temporaneo (es. fine settimana)

DICHIARA:

(ai sensi degli art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci o falsa, esibisce, si avvale di atti falsi ovvero non più rispondenti a verità e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative e di decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato)

1. DI ESSERE ANAGRAFICAMENTE CONVIVENTE E DI ASSISTERE IN MANIERA CONTINUATIVA IL PROPRIO CONGIUNTO CONVIVENTE

sig./sig.ra

nato/a a..... il.....

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

residente a in via

(la residenza deve essere obbligatoriamente la stessa del caregiver)

tel./cell.....e-mail/pec.....

2. di avere 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"/> genero/nuora | <input type="checkbox"/> nonno/nonna |
| <input type="checkbox"/> nipote | <input type="checkbox"/> suocero/suocera | <input type="checkbox"/> cognato/cognata | |

3. CHE IL PROPRIO CONGIUNTO CONVIVENTE SI TROVA NELLA SEGUENTE CONDIZIONE:

- ☐ 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 e beneficiaria dell'indennità di accompagnamento, oppure definita non autosufficiente ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013 e a cui è riconosciuta la rispettiva indennità;

4. DI AVER PRESO VISIONE DELL'AVVISO e di essere consapevole delle condizioni di incompatibilità per la fruizione dei contributi oggetto della presente istanza;

5. DI NON ESSERE:

- a) genitore caregiver dei minori con malattia rara e disabilità gravissima beneficiari del contributo erogato direttamente dalla Regione Abruzzo, se in godimento nel periodo temporale a cui si riferisce l'erogazione del contributo di sollievo;
- b) caregiver di soggetti assegnatari del contributo per la Vita Indipendente di cui alla L. R. 57/2012 o di interventi analoghi attuati con fondi nazionali (ad. es. Progetti Sperimentali di Vita indipendente finanziati con Fondi ministeriali), se in godimento nel periodo temporale a cui si riferisce l'erogazione del contributo di sollievo;
- c) i caregiver familiari di persone con disabilità' beneficiari di progetti per la residenzialità continuativa e stabile fuori dalla famiglia d'origine finanziati con il Fondo "Dopo di Noi";
- d) caregiver di soggetti già assegnatari dell'Assegno disabilità gravissima o similari contributi economici (es. Progetto Home Care Premium) per importi pari o superiori a complessivi € 1.200,00 mensili, se in godimento nel periodo temporale a cui si riferisce l'erogazione del contributo di sollievo;
- e) **assegnatario del beneficio nella precedente annualità;**

6. DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE IL CONTRIBUTO:

- è condizionato 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;
- decade in tutti i casi in cui i competenti Servizi accertino situazioni di carattere personale del caregiver o inerenti alla persona assistita che comportino il venir meno dell'attività di cura del familiare;
- prevede la fruizione di prestazioni di sollievo;
- è condizionato al possesso di un Modello ISEE ordinario anno 2025 non superiore ad € 36.000,00;

7. **DI AVERE PRESO ATTO E DI ACCETTARE** integralmente i criteri e le condizioni di erogazione del contributo di cui alla DGR n. 499 del 30/07/2025 nonché nell'avviso pubblico comunale;

DICHIARA, inoltre:
Composizione del Nucleo Familiare

Cognome e nome	Data di nascita	Grado di parentela	Situazione occupazionale (*)

(*): Studente; Lavoratore/trice a tempo indeterminato; Lavoratore/trice a tempo determinato; Pensionato/a sociale; Pensionato/a; Disoccupato; Altro

Attualmente usufruisce dei seguenti servizi:				
Tipologia Servizi	Erogatore	h. settimanali	Contributo (mensile)	
<input type="checkbox"/> Servizio assistenza Domiciliare - SAD				
<input type="checkbox"/> Assistenza Infermieristica Domiciliare				
<input type="checkbox"/> Assistenza Programmata Domiciliare (ADP-Medico Curante)				
<input type="checkbox"/> Servizio di Aiuto alla Persona				
<input type="checkbox"/> P.L.N.A. (specificare):				
<input type="checkbox"/> Assegno di Cura (FNA)				
<input type="checkbox"/> Trasporto sociale				
<input type="checkbox"/> Buoni Servizio				
<input type="checkbox"/> Disponibilità di obiettori di coscienza/volontariato/Servizio Civile				
<input type="checkbox"/> Centro Diurno / Laboratorio				
<input type="checkbox"/> Inserimento Lavorativo / Formativo				
<input type="checkbox"/> Servizio Socio Assistenziale Scolastico e/o Socio Educativo Scolastico e/o Extra Scolastico				
<input type="checkbox"/> Contributo per la Vita Indipendente (L.R.57/2012)				

Allega alla presente:

- Y fotocopia documento di identità in corso di validità del familiare assistito;
- Y fotocopia documento di identità in corso di validità del caregiver;
- Y certificazione di invalidità dell'assistito in condizione di disabilità gravissima (come definito dall'art. 3 dell'Avviso);
- Y certificazione ISEE ordinario del nucleo familiare del richiedente- anno 2025;
- Y eventuale fotocopia del certificato di invalidità di altri componenti il nucleo familiare;
- Y titolo di soggiorno laddove ricorre il caso.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'art. 12 dell'Avviso sul trattamento dei dati personali di cui all'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 ed esprime formale autorizzazione.

Luogo e data _____

IL/LA DICHIARANTE
