

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.....

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 forma, 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.....

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**

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

<input type="checkbox"/>	<b>Prestazione servizio ai sensi dell'Home Care Premium (HCP)</b>			
<input type="checkbox"/>	<b>Beneficio economico ai sensi dell'Home Care Premium (HCP)</b>			
<input type="checkbox"/>	<b>Contributo per il care-giver per l'assistenza familiare di minori affetti da malattie rare in età pediatrica (L.R. 43/2016)</b>			
<input type="checkbox"/>	<b>Altro:</b>			

**DICHIARA, inoltre:**

8. di essere consapevole che l'erogazione del contributo è subordinata alla sottoscrizione di un apposito accordo di fiducia tra il caregiver familiare ed i Servizi Sociali del comune di residenza in cui siano esplicitate le modalità di assistenza garantite dal caregiver familiare e il ricorso ad interventi assistenziali di sostituzione utili alla cura del proprio congiunto, esplicitando il tipo di intervento che il caregiver intende attuare con il contributo;
9. di essere consapevole che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rilasciate secondo quanto previsto dalla normativa vigente e per gli effetti dalla stessa stabilità, ivi inclusa la decadenza o la revisione del beneficio concesso;
10. di essere attualmente beneficiario del seguente contributo avente le medesime finalità (specificare)  
..... per l'importo mensile di €.....
11. di volersi avvalere della valutazione già effettuata dalla UVM (se trattasi di compromissioni fisiche/intellettive, neurologiche e funzionali non passibili di miglioramento)

SI  NO

12. che la rete di supporto familiare, sociale e sociosanitaria è caratterizzata dai seguenti aspetti:

- presenza di altri disabili
- presenza di anziani ultrasettantacinquenni
- presenza di minori di anni 12
- fruizione dei seguenti servizi socio assistenziali (Es. SAD, Home Care Premium, ecc.)  
.....
- situazione occupazionale del caregiver.....

**COMUNICA** i seguenti dati ai fini della riscossione del contributo

**(Non è consentito l'accredito su libretti postali, il c/c deve essere intestato al Caregiver Familiare)**

Accredito su conto corrente intestato a .....

CF Intestario conto .....

IBAN:

████████████████████████████████████████████████████████████████████████████████████████████████████

(si consiglia di allegare copia di un documento della banca in cui sia riportato il codice IBAN al fine di poter gestire eventuali errori o illeggibilità del codice indicato)

**Allega alla presente:**

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

---