

Ambito Distrettuale Sociale n.07 “ Vastese ”



**Ambito Distrettuale Sociale n. 07 “Vastese”  
ECAD Comune di Vasto**

Azienda ASL N° 02 di  
LANCIANO VASTO CHIETI

- All'Ente Capofila di Ambito Distrettuale n. 07 “Vastese ”

- Al Comune di residenza \_\_\_\_\_  
Dell'ADS n. 07 VASTESE

**Oggetto: DOMANDA DI CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE - Decreto Ministeriale 28/12/2021. Contributi una tantum a favore dei caregiver di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali. Assegno di cura finalizzato all'acquisto di servizi di cura/assistenza diretta a favore del disabile assistito che rientra nella casa familiare a seguito di deistituzionalizzazione.**

**DATI DEL CAREGIVER**

Il/la sottoscritto/a .....

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

Codice Fiscale

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

via/piazza.....

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

IN QUALITÀ DI CAREGIVER del/la Sig/ra \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso al seguente sostegno/contributo per caregiver familiare di cui alla DGR n. 770 del 21.12.2022

Contributi una tantum a favore dei caregiver di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali.

Assegno di cura finalizzato all'acquisto di servizi di cura/assistenza diretta a favore del disabile assistito che rientra nella casa familiare a seguito di deistituzionalizzazione.

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 assistere il familiare:**

Cognome e Nome ..... nato/a

a..... il.....

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

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

via/piazza.....

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

**2- Di avere con l'assistito/a 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- Che il familiare assistito si trova 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;
- persona che non ha avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali legate all'emergenza SARS COV2, e che risultino in lista di attesa per l'accesso alle strutture residenziali;
- persona inserita in struttura residenziale in regime convenzionato, destinataria di programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento con il caregiver familiare;

**4- aver preso visione dell'Avviso e di essere consapevole** delle condizioni di INCOMPATIBILITA' per la fruizione dei contributi oggetto della presente istanza come in esso riportati, ai sensi di quanto previsto dalla DGR 589/2021;

**DICHIARA INOLTRE:**

- **di CONVIVERE** con la persona assistita
- **di impegnarsi a convivere con la persona assistita dal momento della deistituzionalizzazione e di essere consapevole che l'erogazione dell'eventuale contributo economico potrà decorrere solo dalla data di rientro in famiglia della persona assistita**

(N.B. BARRARE LA CONDIZIONE CHE RICORRE)

di avere preso atto e accettare integralmente i criteri e le condizioni di erogazione del contributo di cui alla DGR n. 770/2022.



**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.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell’art. 7 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

---

C\_E372 - - 1 - 2024-04-18 - 0025641

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ ai sensi del D. Lgs. 20/06/2003 n. 196, autorizza il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente per l'assolvimento degli obblighi previsti e dai regolamenti comunali in materia.

Firma \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro, ai sensi dell'art. 76 DPR 445/200 in caso di dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.; informato, ai sensi dell'art. 13 D. Lgs 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, propedeutici per l'Istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del predetto D. Lgs. 196/2003, oltre che ad altri Enti Pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il sottoscritto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Segreteria dell'Ente di Ambito Sociale Distrettuale.

Firma \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli artt. 81 e 82 del D. Lgs. N. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili per le finalità di cui alla presente istanza.

Data / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

Firma \_\_\_\_\_

C\_E372 - - 1 - 2024-04-18 - 0025641