





**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 beneficiari del contributo anno 2022 ex DGR n. 570 del 18/10/2022 ;
- b) 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);
- c) Assegno disabilità gravissima o similari contributi economici per importi pari o superiori a complessivi € 1.200,00 mensili;
- d) I caregiver in costanza di fruizione di concedo straordinario annuale/biennale retribuito per l'assistenza della persona disabile;

**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 risulti inoccupato o disoccupato.

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

**DICHIARA** inoltre di essere consapevole che l'erogazione del contributo è subordinata alla sottoscrizione di un apposito Accordo di fiducia tra la persona assistita ammessa a contributo, o la persona che ne tutela gli interessi, il caregiver familiare e l'ECAD di riferimento in cui siano esplicitate le modalità di assistenza diretta garantite dal Caregiver familiare o, in alternativa, le modalità di



**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