

Comune di _____
PEC: _____

Oggetto: Domanda di partecipazione "Avviso pubblico per l'accesso al contributo economico destinato ai caregiver familiari - Fondo Nazionale per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del Caregiver Familiare per gli anni 2021 e 2022"

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA (AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000)

Il/La sottoscritto/a (Cognome e nome) _____
nato/a _____, il ____/____/____,
codice fiscale _____, residente in _____ (____),
in via _____ cap. _____,
cell.* _____, e-mail* _____,

Consapevole che la falsità in atti e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e che, laddove dovesse emergere la non veridicità di quanto qui dichiarato, si avrà la decadenza dai benefici eventualmente ottenuti ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e l'applicazione di ogni altra sanzione prevista dalla legge, nella predetta qualità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

Di essere il caregiver familiare che fornisce assistenza continuativa prevalente e globale al sig./ra:
(cognome e nome) _____ nato a _____
il _____ Codice Fiscale _____ residente a _____ (____)
CAP _____ in Via _____ n. _____;

in qualità di:

coniuge;

- altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della Legge 20 maggio 2016, n.76
- Familiare e/o affine di secondo grado (specificare il grado di parentela) _____;
- Familiare e/o affine di terzo grado – art. 33, comma 3 Legge 5 febbraio 1992, 104 (specificare il grado di parentela) _____;
- Di essere in possesso di cittadinanza italiana, ovvero essere in possesso di regolare permesso di soggiorno (di durata superiore a sei mesi)
- di essere residente nel Comune di _____;
- di aver compiuto 18 anni di età ed essere in condizione di autosufficienza;
- di avere acquisito il consenso della persona a cui presto assistenza, di un suo amministratore di sostegno, tutore o curatore;

di rientrare in una delle seguenti fattispecie tipologie di intervento (barrare con una x):

1. Caregiver di persone in condizione di disabilità gravissima, come definita all'art. 3 del DM 26 settembre 2016, (comprovata da idonea documentazione di cui all'art. 2 comma 2 del presente Avviso)

- caregiver di persone che non hanno avuto accesso al Fondo per le disabilità gravissime per mancanza di risorse
- caregiver di persone che non sono beneficiarie di altri contributi facenti capo allo stesso ambito di risorse o prestazioni assistenziali
- caregiver non beneficiari di congedi straordinari retribuiti di cui alla L. 104/92, art. 33;
- caregiver familiari monoreddito o (nuclei monoparentali nucleo familiare composto da un solo genitore)

2) Presenza programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita:

- caregiver di persone che non sono inserite nei percorsi di deistituzionalizzazione per il Dopo di noi
- caregiver non beneficiari di congedi straordinari retribuiti di cui alla L. 104/92, art. 33
- caregiver familiari monoreddito o nuclei monoparentali

che nel proprio nucleo familiare (barrare con una x):

- è presente almeno un disabile (art. 3 comma 3 L. 104/1992) ulteriore rispetto al disabile gravissimo assistito;
- è presente esclusivamente il caregiver familiare ed il disabile gravissimo;
- è presente almeno una persona anziana (=>65 anni) diverso dal disabile gravissimo assistito.

inoltre dichiara di (barrare con una x):

- essere percettore di altro assegno di cura, finalizzato a sostenere le funzioni assistenziali dei genitori che si assumono in proprio l'onere dell'assistenza alla persona di minore età con disabilità gravissima pari ad euro _____ mensili;
- essere percettore di assegno di cura pari ad euro _____ mensili;
- non essere percettore di assegno di cura;

di possedere un valore di ISEE ordinario pari ad € _____;

- di aver preso visione dell'Avviso Pubblico di cui all'oggetto, di accettarlo in tutte le sue parti e di essere consapevole che il contributo spettante sarà riconosciuto per un massimo di 12 mesi. In ogni caso in presenza di altri contributi, la somma di euro 400,00 può essere ridotta, fino alla concorrenza massima di tutti i contributi percepiti pari a euro 1.200,00 mensili (esempio: nel caso di altri contributi percepiti pari a € 1.000,00, l'assegno di cura riconoscibile sarà di € 200,00). Tale tetto è ridotto ad € 1.000,00 mensili quando la persona è già beneficiaria di un assegno di cura finalizzato a sostenere le funzioni assistenziali dei genitori che si assumono in proprio l'onere dell'assistenza alla persona di minore età con disabilità gravissima.

CHIEDE

di poter accedere al contributo previsto per la figura del caregiver familiare ai sensi della DGR 565/2021.

A tal proposito di seguito viene rilasciato il CONSENSO DELLA PERSONA ASSISTITA o di un suo amministratore di sostegno, di un suo tutore o curatore

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____, nato/a _____ (____) il _____, Codice Fiscale _____, residente a _____ (____) CAP _____ in Via _____,

in qualità di _____

Fornisce il proprio consenso al proprio caregiver _____ per la presentazione della domanda di accesso al "contributo economico di sostegno al ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare" (DGR 565/2021).

Luogo e data _____

Firma dell'assistito _____

