|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\UTENTE\Desktop\logo ecad 17\LOGO_AMBITO_17.png | *CITTà DI MANOPPELLO (PE)* |
| Via Salvo D’Acquisto, 1 – C.A.P. 65024P. IVA 00947010682 - C.F. 81000530683 - Tel.: 0858590003 – Fax: 0858590895ecad.sociale17@gmail.com – PEC: ecad.montagnapescarese@legalmail.it |

|  |
| --- |
|  *UFFICIO DI PIANO ENTE D’AMBITO SOCIALE DISTRETTUALE N. 17 “MONTAGNA PESCARESE”*  |

**CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE - DPCM del 28 dicembre 2021**

**MODELLO DI DOMANDA per il Contributo una tantum e Assegno di cura a seguito di deistituzionalizzazione**

**All’ENTE AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE N°17**

Via: Salvo D’Acquisto, n° 1

Cap 65024 Comune Manoppello (PE)

|  |
| --- |
| **ECAD N°17****SERVIZIO COMPETENTE:****ADS: n. 17 MONTAGNA PESCARESE** |

**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 :**

Nome…………………………..……………………………………Cognome……………….......................................

**CHIEDE**

di essere ammesso al seguente sostegno/contributo per caregiver familiare di cui alle DGR n. 733 del 29.11.2022 e n. 770 del 12.12.2022 **(barrare solo il beneficio prescelto)**

❑ **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 all’uopo

**DICHIARA**:

* **Di assistere il famigliare**:

Cognome e Nome .......………………………………….................................................................... nato/a a…………………………………………………………………………………………… il………...……………………………….

Codice Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

residente a…………………………………………………………………………………………………………….………….. (......)

in via/piazza……………………………………………....................................……………………………………………. CAP……………… tel./cell.…………./……………………………..………e-mail………………………...………………………….

* **Di avere con l’assistito il seguente rapporto di parentela o affinità:**

❑ coniuge ❑ unito civilmente ❑ convivente. ❑ padre/madre ❑ figlio/figlia ❑ fratello/sorella ❑ nuora ❑ genero

❑ nipote ❑ Altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Che il famigliare 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;

* **di 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 dalle DGR n. 733 del 29.11.2022 e n. 770 del 12.12.2022**.**

**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. 589 del 20.09.2021.

**DICHIARA** inoltre di essere consapevole che potranno essere eseguiti dei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rilasciate secondo quanto previsto dalla normativa vigente e per gli effetti dalla stessa stabiliti, ivi inclusa la decadenza o la revisione dal beneficio concesso.

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

Accredito su conto corrente intestato a ………………………………………………………………………………………

Codice Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Banca ……………………………………………………………………………………….

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

|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 IL/LA DICHIARANTE

**Allega alla presente:**

**per le istanze relative al contributo una tantum (art. 4, punto 2):**

* 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 ai sensi dell’art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92;
* certificazione di indennità di accompagnamento;
* certificazione di invalidità al 100%;
* fotocopia documento di identità in corso di validità del caregiver;
* certificazione ISEE del richiedente in corso di validità;
* Attestazione dei servizi sociosanitari circa il ruolo di caregiver familiare ricoperto nel processo di cura della persona assistita;
* Attestazione UVM, o di altri Organismi sociosanitari autorizzati, di avvenuta valutazione della persona assistita con espresso parere positivo all’inserimento in struttura;
* Certificazione da parte della struttura, di impossibilità di accesso a causa delle disposizioni normative inerenti la situazione di emergenza sanitaria;

**per le istanze relative alla deistituzionalizzazione (art. 4, punto 3)**

1. fotocopia del proprio documento di identità in corso di validità;
2. titolo di soggiorno se cittadino straniero;
3. fotocopia documento di identità in corso di validità del familiare assistito;
4. certificazione di disabilità ai sensi dell’art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92;
5. certificazione di indennità di accompagnamento;
6. certificazione ISEE Sociosanitario della persona assistita, in corso di validità;
7. attestazione della presenza in struttura sociosanitaria/sanitaria della persona assistita;
8. 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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consenso al trattamento dei dati personali**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ai sensi del D. Lgs. 196/2003 del regolamento UE n. 679/2016 (GDPR), autorizza il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente per l’assolvimento degli obblighi previsti e dai regolamenti dell’Ambito Distrettuale Sociale n. 24 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 Reg. UE 679/2016, 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 utilizzati al fine di procedere alla definizione dei procedimenti amministrativi in sorso e dei controlli previsti dalla legge. Si rende noto che le informazioni fornite potranno essere utilizzate e comunicate anche ad altre Pubbliche Amministrazioni, per lo svolgimento delle fasi endoprocedimentali rientranti nella competenza degli stessi Enti. I suddetti dati non saranno trasferiti ne in Stati membri dell’Unione Europea ne in Paesi terzi non appartenenti all’Unione Europea. L’interessato potrà esercitare i diritti di cui al succitato Regolamento U.E. GDPR n. 679/2016 (Capo III). Il diritto di accesso dell’interessato alle informazioni sul trattamento dei dati personali che lo riguardano e altri diritti dell’interessato sono disciplinati dall’art. 15 all’art. 21 del Regolamento UE n. 679/2016. L’interessato può proporre una segnalazione o un reclamo, in materia del trattamento dei dati personali, all’autorità di controllo Garante Privacy.

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO**:

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 del regolamento UE n. 679/2016 (GDPR), presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili per le finalità di cui alla presente istanza.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 IL/LA DICHIARANTE