



AMBITO
SOCIALE TERRITORIALE XX

Porto Sant'Elpidio - Sant'Elpidio a Mare - Monte Urano

ALL. A

**AL COORDINATORE DELL'ENTE
CAPOFILA DELL'AMBITO
TERRITORIALE SOCIALE N. 20
DI: PORTO SANT'ELPIDIO**

Decreto Ministeriale 27/10/2020
Fondo CAREGIVER FAMILIARE
Domanda contributo
Dichiarazione sostitutiva
(art. 46, 47 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il residente a
in via n. Cap
Codice fiscale.....
Tel. Cell. email:.....
PEC.....

PRESA visione della DGR n.1028 dell'11/08/2021 recante: "Decreto 27/10/2020 del Ministro delle Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Fondo Nazionale per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare per gli anni 2018-2019-2020. Criteri per l'attuazione degli interventi e per il riparto delle risorse tra gli Ambiti Territoriali Sociali".

VISTO l'Avviso dell'Ambito Territoriale Sociale 20 relativo all'intervento a favore del caregiver familiare

CHIEDE

Di poter accedere al contributo previsto per la figura del caregiver familiare ai sensi della DGR n.1028/2021

DICHIARA sotto la propria responsabilità:

di essere il caregiver familiare che fornisce assistenza continuativa prevalente e globale al

Sig./Sig.ra _____

Codice Fiscale _____

nato/a _____ (____) il ____/____/____, residente a

_____ (____) in _____ n° _____

di essere:

coniuge/altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso/convivente di fatto ai sensi della L. 76/2016;

familiare o affine entro il 2° grado;

familiare entro il 3° nei soli casi indicati dall'art. 33 c. 3 della L. 104/1992

che la persona assistita è in possesso del certificato di riconoscimento della disabilità gravissima rilasciato in data _____ dalla Commissione Sanitaria Provinciale della Area Vasta n. ____ di _____ nell'ambito dell'intervento "Disabilità gravissima" sostenuto con il Fondo Nazionale per le non autosufficienze - FNA;

che la persona assistita sta beneficiando del contributo a favore della disabilità gravissima nell'ambito del FNA e che pertanto non beneficia del contributo per gli interventi: "Riconoscimento del lavoro di cura dei caregiver attraverso l'incremento del contributo alle famiglie per l'assistenza a persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica"; intervento a favore di minori affetti da malattie rare di cui alla DGR n.475/2019; "Assegno di cura" rivolto agli anziani non autosufficienti.

che la persona assistita è in vita alla data di presentazione della domanda;

di avere n°..... figli minorenni presenti nel proprio nucleo familiare.

DICHIARA inoltre:

di essere consapevole che le presenti dichiarazioni verranno sottoposte a verifica;

di accettare la somministrazione del questionario sperimentale qualora beneficiario selezionato ai sensi dell'art. 6 dell'avviso pubblico dell'ATS 20.

Si allegano alla presente:

- ISEE ordinario 2021 del sottoscritto;
- copia di un documento d'identità valido del sottoscrittore;
- copia del Conto Corrente intestato o cointestato al caregiver familiare richiedente.

AUTORIZZA

il trattamento dei propri dati personali presenti nella presente dichiarazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679), per i fini propri della presente dichiarazione.

Luogo e data _____ Firma del Dichiarante _____

Glossario

PARENTELA		AFFINITA'	
è il vincolo tra persone che discendono da uno stesso stipite		è il vincolo tra un coniuge e i parenti dell'altro coniuge	
Grado	Rapporto di parentela con il titolare	Grado	Rapporto di affinità
1	padre e madre figlio o figlia	1	suocero o suocera del titolare figlio o figlia del coniuge
2	nonno o nonna nipote (figlio del figlio o della figlia) fratello o sorella	2	nonno o nonna del coniuge nipote (figlio del figlio del coniuge) cognato o cognata
3	bisnonno o bisnonna pronipote (figlia o figlio del nipote) nipote (figlia o figlio del fratello o della sorella) zio e zia (fratello o sorella del padre o della madre)		

Art. 33 comma 3 - Legge 104/1992

3) A condizione che la persona handicappata non sia ricoverata a tempo pieno, il lavoratore dipendente, pubblico o privato, che assiste persona con handicap in situazione di gravità, coniuge, parente o affine entro il secondo grado, ovvero entro il terzo grado qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i sessantacinque anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti, ha diritto a fruire di tre giorni di permesso mensile retribuito coperto da contribuzione figurativa, anche in maniera continuativa. Il predetto diritto non può essere riconosciuto a più di un lavoratore dipendente per l'assistenza alla stessa persona con handicap in situazione di gravità. Per l'assistenza allo stesso figlio con handicap in situazione di gravità, il diritto è riconosciuto ad entrambi i genitori, anche adottivi, che possono fruirne alternativamente. Il dipendente ha diritto di prestare assistenza nei confronti di più persone in situazione di handicap grave, a condizione che si tratti del coniuge o di un parente o affine entro il primo grado o entro il secondo grado qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i 65 anni di età oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.