

ALLEGATO A
Schema di Domanda

Domanda per l'accesso al contributo economico concesso ai caregiver familiari, finalizzato al sostegno del ruolo di cura e di assistenza, ai sensi della D.G.R. 124/2021 e del D.D. n.114 del 23/03/2023 - Intervento 3.2 CUP: I59I23000420009

RICHIESTA DI ACCESSO AL VOUCHER

Il/la sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____

nato/a il ___/___/___ a _____ Prov. _____ Stato _____

residente nel Comune di _____ in Via/P.zza _____

n.° _____ CAP _____ tel./cell. _____ Codice Fiscale _____

_____ email _____

- stato occupazionale: o Occupato / o Disoccupato / o Inattivo

in qualità di caregiver familiare di:

Nome _____ Cognome _____

nato/a il ___/___/___ a _____ Prov. _____

residente in _____ Comune afferente all'Ambito S5

Via / P.zza _____ n. _____ CAP _____ domiciliato

presso _____ CAP _____ tel. _____ cell. _____

Codice Fiscale _____

DICHIARA

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 e delle conseguenze previste dall'art. 75 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

Di essere:

- cittadino italiano;
- cittadino comunitario o cittadino di Stato non appartenente alla UE, in possesso di titolo di regolare permesso di soggiorno n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il ___/___/___ o, in caso di rinnovo, in possesso di ricevuta di presentazione della relativa domanda rilasciata in data _____;
- **che la persona di cui il caregiver familiare si prende cura non è in Assistenza Domiciliare Integrata;**
- che la persona assistita dal caregiver familiare (il suo amministratore di sostegno, tutore o curatore) esprime il proprio parere favorevole rispetto alle attività svolte dal proprio caregiver;

**DICHIARA INOLTRE
(barrare la relativa voce)**

- di essere caregiver di una persona con disabilità gravissima (accertata con Verbale UVI n. _____ del ___/___/___):

oppure, in mancanza di verbale UVI

- di essere caregiver di una persona con disabilità gravissima in attesa di valutazione UVI, già richiesta con nota prot. n. _____ del _____;

oppure

- di essere caregiver di una persona con disabilità grave (accertata con Verbale UVI n. _____ del ___/___/___):

oppure, in mancanza di verbale UVI

- di essere caregiver di una persona con disabilità grave in attesa di valutazione UVI, già richiesta con nota prot. n. _____ del _____;

oppure, in alternativa al verbale UVI

- allega certificazione medico specialistica rilasciata da struttura sanitaria pubblica attestante la valutazione effettuata attraverso le scale ex D.M. 269/16;

oppure, in mancanza di verbale UVI

- **di richiedere altresì, con la presente istanza, l'accesso alla valutazione UVI al fine di attestare la condizione di gravità (grave o gravissimo);**
- che la propria Attestazione ISEE in corso di validità è di € _____;
- di essere coniuge/genitore/figlio-a/convivente di fatto/parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso/sorella-fratello/affine entro il II grado di parentela/affine entro il III grado di parentela della persona con disabilità;
- di avere la residenza in altro comune rispetto a quello nel quale risiede il proprio familiare;
- che la persona disabile **NON** usufruisce di nessuno dei seguenti programmi di assistenza:
 - Programma Home Care;
 - Programma per la Vita Indipendente;
 - Programma "Dopo di Noi";
 - Programma di assegno di cura;
 - di non aver usufruito del bonus € 250,00 previsto dalla DGR 124/2021 - intervento 3.1, concesso ai caregiver familiari;
- di essere a conoscenza che, qualora la documentazione richiesta sia priva dei requisiti richiesti, l'Ambito Territoriale è titolato a dichiarare inammissibile la domanda;
- di aver acquisito formale consenso ai fini della comunicazione dei dati riferiti alla persona assistita nell'ambito del procedimento volto ad ottenere il voucher 3.2 da parte di (barrare la voce di interesse):
 - Persona Disabile o non autosufficiente/Assistita
 - Tutore
 - Curatore
 - Amministratore di sostegno

del/della Sig./Sig.ra _____ Codice Fiscale _____

nato/a _____ () il ___/___/___,

residente a _____ () in _____ n° _____

N.B.: Il nucleo familiare è quello definito all'art. 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 5 dicembre 2013 n. 159 (Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente - ISEE).

CHIEDE

- di essere ammesso a ricevere il contributo, previsto dalla DGR 124/2021 e dal D.D. n.114 del 23/03/2023 intervento 3.2 voucher € 750,00 concesso ai caregiver familiari, finalizzato al sostegno del ruolo di cura e di assistenza (DPCM del 27 ottobre 2020, in attuazione del comma 255 dell'art.1 della Legge n.205/2017);
- la corresponsione del voucher di € 750,00 sul seguente Conto Corrente Bancario o Postale con IBAN intestato a:

Nome e Cognome del Caregiver _____ Codice Fiscale _____

IBAN _____ (Allegare attestazione IBAN rilasciata dall'istituto bancario o postale);

SI IMPEGNA

- a rendicontare le spese sostenute **a decorrere dal 23 marzo 2023 e fino al 31 agosto 2023**, fornendo la relativa idonea documentazione giustificativa, dalla quale si evinca chiaramente chi ha effettuato il pagamento, la causale e il beneficiario, come da **Allegato C** alla Determina di approvazione dell'Avviso Pubblico "**Rendicontazione spese sostenute dal caregiver familiare a favore dell'assistito**", da presentare **entro il 15 settembre 2023** nelle medesime modalità di consegna della presente;
- a trasmettere il Verbale UVI del disabile assistito nei termini prescritti dall'Avviso Pubblico, quale condizione prioritaria per l'accesso al beneficio da presentare **entro il 15 settembre 2023** nelle medesime modalità di consegna della presente;
- ad effettuare l'iscrizione al Registro Regionale dei Caregivers familiari;

INFINE DICHIARA

- di essere consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, punite dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;
- di aver ricevuto l'informativa, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, le informazioni, i dati e le notizie e le dichiarazioni acquisite, di natura personale e sensibili, saranno trattati esclusivamente per l'espletamento e la erogazione del beneficio presso il Comune di residenza e l'Ambito Territoriale di competenza in qualità di titolare e responsabile;
- i dati sopra richiesti verranno trattati dal Comune di residenza e dall'Ambito territoriale di competenza in qualità di titolare del trattamento. Il richiedente di cui al citato avviso ha il diritto di conoscere i propri dati utilizzati dal Titolare. Nel caso in cui i dati non fossero del tutto corretti, l'interessato ha il diritto di aggiornamento, di rettifica, di integrazione dei propri dati; l'interessato ha inoltre diritto di opporsi al trattamento nonché, in caso di violazione di legge, alla cancellazione, alla anonimizzazione e al blocco dei dati trattati.

Luogo e Data _____

Firma del dichiarante _____

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 _____

Allegati (barrare la voce di interesse):

- Copia documento di identità in corso di validità del richiedente sottoscrittore;
- Copia documento di identità in corso di validità della persona disabile;
- Copia del permesso di soggiorno e/o del cedolino di rinnovo;
- Per i disabili gravissimi: verbale UVI con valutazione con strumenti in uso (SVAMA e SVAMDI) e per una delle condizioni di cui al medesimo art.3 del DPCM 26/09/2016 con punteggio ivi indicato;
- Per i disabili gravi: verbale UVI con valutazione con strumenti in uso (SVAMA e SVAMDI) e Barthel con punteggio minimo di 55 ovvero con gli strumenti di cui al DPCM 26/09/2016 con punteggi inferiori a quelli per la disabilità gravissima;
- Copia Verbale attestante Invalidità 100% senza accompagnamento;
- Copia del Verbale attestante di Indennità di Accompagnamento;
- Copia del Verbale attestante la gravità ai sensi della L. 104/92 art.3 c.3;
- Richiesta di valutazione UVI già effettuata con nota prot. n. _____ del _____
- Certificazione medico specialistica rilasciata da struttura sanitaria pubblica attestante la valutazione effettuata attraverso le scale ex D.M. 269/16;
- Attestazione ISEE del nucleo familiare del caregiver in corso di validità ai sensi della normativa vigente;
- Attestazione IBAN rilasciata dall'istituto bancario o postale;
- **Allegato B** Dichiarazione dell'assistito.