



CITTÀ DI POLICORO

PROVINCIA DI MATERA



C.A.P. 75025 - piazza A. Moro, 1 Telefono 0835 9019218 – Fax 0835 972114 Partita IVA 0111210779

www.policoro.basilicata.it – [PEC protocollo@pec.policoro.basilicata.it](mailto:PEC_protocollo@pec.policoro.basilicata.it) – [EMAIL posta@policoro.basilicata.it](mailto:EMAIL_posta@policoro.basilicata.it) – m.montano@policoro.basilicata.it

UFFICIO DI PIANO
AMBITO “METAPONTINO COLLINA MATERANA”
COMUNE CAPOFILIA POLICORO
COMUNI DI

ACCETTURA – ALIANO - CIRIGLIANO – COLOBRARO – CRACO - GORGOGNONE – MONTALBANO JONICO – NOVA SIRI – PISTICCI - ROTONDELLA –
SAN GIORGIO LUCANO – SAN MAURO FORTE - SCANZANO JONICO – STIGLIANO – TURSI – VALSINNI



CONTRIBUTO ECONOMICO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE (ASSISTENZA INDIRETTA)

Domanda

Al Sig. Sindaco del Comune di _____

prot. n° _____

del _____

(Riservato all'Ufficio)

Il/La sottoscritto/a _____ codice fiscale _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ CAP _____

indirizzo _____ n° _____ telefono _____

Preso Visione della D.G.R. n. 202100653 del 06.08.2021 della Regione Basilicata recante “Indirizzi Regionali di programmazione per l’attuazione sperimentale degli interventi di cui all’art. 1 del D.M. 27 ottobre 2020 (Fondo Caregiver Familiari);

Visto l’Avviso dell’Ambito Socio Territoriale n. 8 Metapontino Collina Materana approvato con Determinazione dirigenziale n. _____ del _____

fa domanda di Contributo Economico per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del Caregiver familiare
(Assistenza Indiretta)

dichiara

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000:

- di essere il Caregiver familiare come definito dal comma 255, dell’articolo 1 della legge 27 dicembre 2017, n. 205

del/della Sig./Sig.ra _____ codice fiscale _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ CAP _____

indirizzo _____, n° _____, telefono _____

- che la persona assistita è
 - in condizioni di disabilità gravissima, così come definita dall'art. 3 del decreto 26 settembre 2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (pubblicato in G.U. il 30 novembre 2016, n. 280);
 - affetto da disabilità grave ai sensi della L. 104/92 art. 3, comma 3.
- di essere in possesso dei seguenti requisiti di priorità per l'accesso al contributo, in quanto:
 - caregiver familiari di persone in condizione di disabilità gravissima, così come definita dall'art. 3 del decreto 26 settembre 2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (pubblicato in G.U. il 30 novembre 2016, n. 280): Punti 1
 - caregiver familiari di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali, da comprovare con idonea documentazione: Punti 1;
 - caregiver di persona assistita coinvolta in programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver familiare con la persona assistita: Punti 1
- di essere in possesso dei seguenti ulteriori criteri di priorità:
 - caregiver familiare costretto a licenziamenti e/o ad aspettativa da lavoro non retribuita o che richiede frequenti permessi lavorativi per la cura del familiare: Punti 1;
 - caregiver familiare monoparentale: Punti 1;
 - caregiver parentale monoreddito: Punti 1;
 - caregiver parentale di persona disabili che non beneficia della misura regionale per le disabilità gravissime: Punti 1;
 - caregiver parentale di persona disabili che non beneficia della misura dell'Assegno di Cura: Punti 1.

Modalità di riscossione

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità **chiede che la liquidazione del contributo economico in proprio favore venga effettuata con la seguente modalità:**

Accreditamento bancario, su istituto di credito _____

IBAN _____

Comunicazione variazioni

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunale comunicando tempestivamente, entro il giorno 10 di ogni mese dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In fede

Luogo, _____ Data ____/____/____

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

Allega:

- 1) per i caregiver familiari di persone con disabilità gravissima:
 - copia del certificato di invalidità da cui risulti la condizione di non autosufficienza definita ai sensi dell'allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013;
 - certificazione medico-specialistica rilasciata dalle strutture sanitarie che attesti almeno una delle condizioni di cui agli allegati 1 e 2 del decreto 26 settembre 2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali;
- 2) per i caregiver familiari di persone con disabilità grave: copia della certificazione da cui risulti il riconoscimento del requisito di cui all'art. 3, comma 3 della L. 104/92, rilasciato da parte della Commissione Medica della ASL;

- 3) autocertificazione, ai sensi del DPR/2000, che attesti l'assistenza diretta al proprio familiare convivente e la residenza del caregiver con la persona che necessita di assistenza, in data antecedente la pubblicazione dell'avviso;
- 4) documento d'identità valido del dichiarante;
- 5) ISEE (DSU 2022) Ordinario del caregiver familiare;
- 6) Copia di un'attestazione bancaria in cui sia riportato il codice IBAN intestato al caregiver richiedente il beneficio.

Informativa relativa al trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR - Regolamento generale sulla protezione dei dati - e del codice della privacy italiano, come modificato dal D.Lgs 101/2018, i dati personali forniti dai richiedenti saranno raccolti e trattati con o senza ausilio di mezzi elettronici, secondo quanto indicato nell'informativa dell'avviso stesso di cui il sottoscritto dichiara la presa visione ed accettazione.

Data _____

Il Dichiarante

(firma leggibile)