



AMBITO  
**SOCIO TERRITORIALE**  
**CAPOFILA AMBITO SOCIO TERRITORIALE N. 2 LAGONEGRESE POLLINO**  
LAGONEGRESE POLLINO

**COMUNE DI VIGGIANELLO**



Calvera, Carbone, Castelluccio Inferiore, Castelluccio Superiore, Castelsaraceno, Cersosimo, Chiaromonte, Episcopia, Fardella, Francavilla In Sinni, Lagonegro, Latronico, Lauria, Maratea, Nemoli, Noepoli, Rivello, Roccanova, Rotonda, San Costantino Albanese, San Paolo Albanese, San Severino Lucano, Senise, Teana, Terranova di Pollino, Trecchina, Viggianello

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

**Schema di domanda (Allegato A)**

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 \_\_\_\_\_

presa 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. 2 Lagonegrese - Pollino approvato con Determinazione dirigenziale n. 869 del 17.11.2022

***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 disabile che non beneficia della misura regionale per le disabilità gravissime: Punti 1;
- caregiver parentale di persona disabile 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 445/2000, 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)