

2a) SCHEMA DI DOMANDA

Sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare (ex comma 255 dell'art. 1 della Legge n. 205/2017). Avviso pubblico di selezione, ai sensi del DPCM 30 NOVEMBRE 2023 (anno 2023). Richiesta di accesso al contributo economico.

Il/la sottoscritto/a	
Nome _____	Cognome _____
nato/a il _____	nel Comune di _____ Prov. _____ Stato _____
residente nel Comune di _____ in Via / P.zza _____	
n.° _____	CAP _____ tel. _____ cell. _____ Codice Fiscale _____
Indirizzo email _____;	
in qualità di caregiver familiare (Art. 2 dell'Avviso pubblico) di:	
Nome _____ Cognome _____	
nato/a il _____	a _____ Prov. _____
residente in _____ Comune _____ afferente la Zona Sociale n. _____ Via / P.zza _____	
n.° _____ CAP _____	
domiciliato presso _____	
CAP _____ tel. _____ cell. _____ Codice Fiscale _____	
Indirizzo email _____;	
DICHIARA	
Di essere:	
☐ cittadino italiano;	
☐ cittadino comunitario;	
☐ cittadino non comunitario, in possesso di titolo di soggiorno regolare 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 è in possesso di piano assistenziale personalizzato, redatto dai servizi sociali e socio-sanitari territorialmente competenti, al quale il Patto per la cura si riconduce, definito in data _____ e valido fino al _____	
☐ che presso _____, in data _____, è stata presentata richiesta di valutazione del proprio familiare per la predisposizione del piano assistenziale personalizzato	
☐ 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

(ai sensi dell'art. 71 D.P.R. 445/2000)

- ☐ di essere caregiver di una persona con disabilità gravissima (accertata con Verbale n. _____ del ____)
- ☐ di percepire il CONTRIBUTO ECONOMICO PER ASSISTENZA INDIRETTA PER GRAVISSIMA DISABILITA' di cui alla DGR 993/2020;
- ☐ di avere in corso di svolgimento un patto per la cura CAREGIVER;
- ☐ di essere *caregiver* di persona che non ha avuto accesso a strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali o per non disponibilità di posti comprovata da idonea documentazione
- ☐ di essere caregiver di una persona inserita in un programma di accompagnamento finalizzato alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del *caregiver* con la persona assistita, comprovata da idonea documentazione
- ☐ di avere nel proprio nucleo familiare n. _____ figli di età inferiore ai 18 anni
- ☐ di avere nel proprio nucleo familiare n. _____ componenti in condizione di disabilità gravissima ai sensi dell'art. comma 3, della l. 104/92
- ☐ di essere caregiver di una persona con disabilità grave (accertata con Verbale n. del __) ma non rientrante nelle tipologie a), b), c) di cui alla griglia di valutazione allegato 1a) all'avviso;
- ☐ che la propria situazione reddituale, risultante da certificazione ISEE è:
 - ☐ inferiore a **25.000** euro, ovvero pari ad € _____;
[n.d.r. inserire l'importo dell'ISEE].
 - ☐ ricompresa entro la fascia da **25.001,00** euro a **35.000,00** euro, ovvero pari ad € _____;
[n.d.r. inserire l'importo dell'ISEE].
- ☐ di fare parte del nucleo familiare della persona da assistere;
- ☐ di avere la residenza in altro modulo abitativo, ma collocato nella medesima struttura nella quale risiede il proprio familiare;

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-).

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.

CHIEDE

di essere ammesso a ricevere il contributo (ai sensi del DPCM del 30 Novembre 2023), previsto dall'Avviso pubblico di cui alla D.D. n. 1588 del 29/05/2025.

INFINE DICHIARA

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 della persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione della 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 TERNI in qualità di titolare e responsabile.

I dati sopra richiesti verranno trattati dal Comune di TERNI 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.

Data _____

Firma _____

Allegati:

- copia documento di identità in corso di validità del richiedente sottoscrittore;
- copia del permesso di soggiorno e/o del cedolino di rinnovo;
- Allegato PRIVACY debitamente sottoscritto;

PATTO PER LA CURA

Obiettivi di cura che si intendono perseguire, connessi a salute, relazioni affettive e di cura, relazioni sociali, autonomia ed autosufficienza personale, mobilità, espressione personale (a titolo esemplificativo, ma non esaustivo) **e indicazione in mesi della durata del patto:**

Condizione attuale (Specificare brevemente):

Necessità della persona (Specificare brevemente):

Impegni del caregiver familiare, modalità di monitoraggio del buon andamento e del perseguimento degli obiettivi previsti dal Patto per la cura

Data e luogo, _____ Firma CAREGIVER _____

Firma della persona con disabilità (o del suo amministratore di sostegno, curatore o tutore) _____

Firma Case manager ¹³ _____