

**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 2021del 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 madrefiglio o figlia | 1 | suocero o suocera del titolarefiglio o figlia del coniuge |
| 2 | nonno o nonnanipote(figlio del figlio o della figlia)fratello o sorella | 2 | nonno o nonna del coniugenipote(figlio del figlio del coniuge)cognato o cognata |
| 3 | bisnonno o bisnonnapronipote(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.