

**AVVISO PUBBLICO PER L'EROGAZIONE DI SOSTEGNI A FAVORE DEL CAREGIVER FAMILIARE**

**Programma operativo regionale fondo caregiver familiare in applicazione delle DGR. n. 7605/2022 e n. 7799/2023 annualità 2022- esercizio 2023**

Presentazione delle domande al protocollo del proprio Comune di residenza entro il giorno 05.01.2024

Al Comune di \_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE:**

Il/la sig./ra (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

In qualità di  beneficiario,  tutore,  curatore,  amministratore di sostegno  altro \_\_\_\_\_

Per conto del **BENEFICIARIO** sotto riportato (compilare solo se si tratta di persona diversa dal richiedente)

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

PROV \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

Invalità \_\_\_\_\_%  con accompagnamento  senza accompagnamento;

Certificazione L. 104 (indicare esito: articolo e comma) \_\_\_\_\_

**CAREGIVER di riferimento:**

1) Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Recapiti (tel e email) \_\_\_\_\_

2) Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Recapiti (tel e email) \_\_\_\_\_

### **RICHIEDE**

l'erogazione del seguente voucher sociale/buono/contributo

- RIMBORSO SPESE** relative ad interventi che favoriscano la sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare.

Sono ammesse spese relative a

- Intervento domiciliare da parte di servizi forniti da enti qualificati nel settore dell'assistenza domiciliare. Si tratta di interventi complementari a quelli già attivi (extra piano di intervento)
- Intervento residenziale extrafamiliare ovvero soggiorno temporaneo in unità di offerta residenziale o comunque in grado di dare una risposta adeguata ed appropriata ai bisogni e alle esigenze della persona (enti qualificati)

Non sono ammesse spese relative a compartecipazione agli interventi di assistenza domiciliare già attivi e Interventi di natura sociosanitaria.

Per ottenere tale rimborso è necessario presentare idonea documentazione fiscale comprovante la spesa sostenuta (periodo di riferimento 01/01/2023 – 31/12/2023)

- VOUCHER** per interventi di formazione/addestramento del caregiver familiare nell'attività di cura. Si tratta di interventi di sostegno alle competenze del caregiver familiare e di supporto nella gestione del familiare nel contesto domestico e del carico di cura.

Sono interventi forniti da enti erogatori di servizi sociali e sociosanitari in relazione alla natura dell'intervento.

Gli interventi possono essere erogati dal 01/01/2023 al 31/12/2023

La domanda potrà riguardare la richiesta di servizi solo per l'anno solare in cui viene presentata. A tal fine, avvalendosi della facoltà concessa degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità.

### **DICHIARA**

(BARRARE CASELLA DI INTERESSE)

- Che il/la beneficiario/a è in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992, come da certificazione allegata;

Che il/la beneficiario/a è in possesso dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988, come da certificazione allegata;

• che l'ISEE<sup>1</sup> (anno 2023) è pari ad € \_\_\_\_\_  
 n. prot INPS \_\_\_\_\_

• che la situazione familiare è la seguente (indicare componenti del nucleo familiare convivente):

Cognome e nome	Data di nascita	Grado di parentela

(BARRARE CASELLA DI INTERESSE)

che **non beneficia e non ha beneficiato** della Misura B2 (con riferimento tutta l'annualità 2023, quindi sia i percettori di B2 ai sensi della DGR 5791/2021 esercizio 2022, periodo 01.01.2023 - 30.06.2023, sia i percettori a valere sulla DGR 7751/2022 esercizio 2023, nel periodo 01.07.2023 – 31.12.2023)

che **beneficia e/o ha beneficiato** della Misura B2 (con riferimento tutta l'annualità 2023, quindi sia i percettori di B2 ai sensi della DGR 5791/2021 esercizio 2022, periodo 01.01.2023 - 30.06.2023, sia i percettori a valere sulla DGR 7751/2022 esercizio 2023, nel periodo 01.07.2023 – 31.12.2023)

• che **non è presente un assistente familiare**;

(BARRARE CASELLA DI INTERESSE)

**che è in carico** a servizi semiresidenziali sanitari, sociosanitari o sociali (ad es. regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, riabilitazione in diurno continuo, CDD, CDI, CSE, presa in carico con Sperimentazioni riabilitazione minori disabili in regime diurno. ...)

**che NON è in carico** a servizi semiresidenziali sanitari, sociosanitari o sociali (ad es. regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, riabilitazione in diurno continuo, CDD, CDI, CSE, presa in carico con Sperimentazioni riabilitazione minori disabili in regime diurno. ...)

• di informare immediatamente il servizio sociale nel caso di ricovero presso strutture residenziali o nel caso di significativi cambiamenti rispetto alla propria situazione personale

• di essere a conoscenza che, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 1, si procederà ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal

<sup>1</sup> ISEE sociosanitario per adulti disabili e anziani, ISEE ordinario per minorenni

controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 3, il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti.

Luogo e data ..... Firma .....

La presente dichiarazione è resa nell'interesse del soggetto che si trova impossibilitato a firmare, dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio o da altro parente.

In assenza di parenti la dichiarazione può essere resa, secondo le modalità indicate, dalla persona che svolge funzioni di cura e che garantisce l'assistenza al soggetto interessato.

Cognome e nome..... grado di parentela o relazione con l'interessato .....  
comune di residenza .....

Luogo e data, ..... Firma .....

---

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ prende atto che ai sensi dell'art.13 Regolamento Europeo 679/2016 i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi di cui al procedimento per il quale si rilasciano le dichiarazione di cui sopra, come da informativa indicata nell' "Avviso per l'erogazione dei sostegni a favore del caregiver familiare", all'art.10.

Luogo, data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

**ALLEGATI ALLA DOMANDA:**

- VERBALE INVALIDITA' E/O LEGGE 104;
- COPIA CARTA IDENTITA' e CODICE FISCALE DEL DICHIARANTE;
- COPIA CARTA IDENTITA' e CODICE FISCALE DEL BENEFICIARIO.