**ALLEGATO “A”**

All’Ambito Territoriale n.1 di Vibo Valentia Comune Capofila Vibo Valentia P.zza Martiri D’Ungheria

PEC: protocollocomunevibo@pec.it

**OGGETTO: ISTANZA DI AMMISSIONE AL CONTRIBUTO ECONOMICO DEL FONDO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE – TRIENNIO 2018-2020 - AI SENSI DEL DECRETO DEL MINISTRO PER LE PARI OPPORTUNITÀ E LA FAMIGLIA DI CONCERTO CON IL MINISTRO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI DEL 27 OTTOBRE 2020.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_, C.F. :\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di *caregiver familiare[[1]](#footnote-2)* de:

il/la sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente

a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F.:\_\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso a godere del contributo economico a valere sul Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare – triennio 2018-2020 - ai sensi del Decreto del Ministro per le Pari Opportunità e la Famiglia di concerto con il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 27 ottobre 2020.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 e consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

□ che la persona disabile o non autosufficiente, sopra generalizzata, è residente nel Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, appartenente all’Ambito Territoriale n.1 - Comune Capofila Vibo Valentia;

□ che è persona che assiste e si prende cura:

□ del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76

□ di un familiare o di un affine entro il secondo grado

□ di un familiare entro il terzo grado(nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 e cioè qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravita' abbiano compiuto i sessantacinque anni di eta' oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti)

che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18.

□ Che la propria condizione rientra tra le priorità fissate dall’Avviso Pubblico, in quanto:

□ caregiver di persona in condizione di disabilità gravissima, come definita all'art. 3 del DM 26 settembre 2016 rientrante tra quelle specificate all’art. 3 dell’Avviso Pubblico cui si aderisce con la presente;

□ caregiver di persona che non ha avuto accesso ai fondi erogati dall’ASP in merito alle disabilità gravissime per mancanza di risorse;

□ caregiver di persona disabile che non ha avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali, come da documentazione prodotta in allegato;

□ caregiver di persona disabile con programma di accompagnamento finalizzato alla deistituzionalizzazione ed al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita.

□ caregiver di persone che non sono inserite nei percorsi di deistituzionalizzazione per il Dopo di Noi;

□ caregiver di persona disabile che non è beneficiaria di altri contributi o risposte assistenziali facenti capo allo stesso ambito di risorse o prestazioni assistenziali;

□ caregiver non beneficiario di congedi straordinari retribuiti di cui alla L. n. 104/1992 art. 33;

□ caregiver familiare monoreddito o nucleo monoparentale (nucleo familiare composto da un solo genitore).

□ Che la condizione di disabilità gravissima è stata accertata in sede di valutazione multidimensionale dalla UVM-UVMD del territorio di residenza della persona con disabilità o non autosufficiente, ai sensi della D.G.R. n. 638/2018.

□ Che ha un nucleo familiare composto da n.\_\_\_\_\_\_ persone come indicato di seguito:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N. | COGNOME E NOME | LUOGO E DATA DI NASCITA | PARENTELA | CODICE FISCALE |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**ALLEGA alla presente:**

□ Certificazione attestante lo stato di invalidità civile e/o stato di handicap ex L. n. 104/92 e/o titolarità di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18

□ Attestazione ISEE del nucleo familiare del richiedente in corso di validità

□ Fotocopia documento di riconoscimento e tessera sanitaria di chi propone l’istanza

□ Fotocopia documento di riconoscimento e tessera sanitaria della persona disabile assistita

□ Fotocopia certificazioni attestanti condizioni di fragilità (eventuale)

□ Altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti (eventuale)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONE LEGGE SULLA PRIVACY**

Si autorizza il trattamento dei dati personali rilasciati esclusivamente per l’espletamento delle finalità relative al procedimento amministrativo per il quale gli anzidetti dati vengono forniti e raccolti, ai sensi del Regolamento UE-GDPR n. 2016/679. e del D.Lgs. n. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali “ e ss.mm.ii.”.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Luogo e data) (Firma leggibile)

1. Ai sensi dell'art. 1, comma 255 della legge 27 dicembre 2017, n. 205. [↑](#footnote-ref-2)