



ALLEGATO A

Spett.le Azienda Speciale per i Servizi Sociali
del Comune di Montesilvano (ECAD n.18)

**DOMANDA CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL
CAREGIVER FAMILIARE – DPCM 30 NOVEMBRE 2023 – ANNUALITA' 2023**

Il/la sottoscritto/a

nato/a a..... il.....

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | |

residente a Montesilvano (PE) in via/piazza..... CAP.....

tel./cell..... e-mail.....

Presa visione

- della DGR n. 307 del 01/06/2023 recante “Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 17 Ottobre 2022. Criteri e modalità di utilizzo delle risorse del fondo per il sostegno del ruolo di cura ed assistenza del caregiver familiare per l’anno 2022. Programmazione degli interventi regionali”;
- della DGR n.151 del 28/02/2024 con cui si stabilisce di dare attuazione al DPCM 30 novembre 2023 avente ad oggetto: “Criteri e modalità di utilizzo delle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare l’anno 2023” in continuità con quanto programmato con DGR 307/2023;

Visto l’Avviso Pubblico per l’assegnazione di benefici a sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare di cui al DPCM 30 NOVEMBRE 2023 per l’annualità 2023, emesso dall’azienda Speciale per i Servizi Sociali del Comune di Montesilvano – ECAD N.18 Comune di Montesilvano

CHIEDE

di essere ammesso/a al contributo di sollievo per caregiver familiare (Fondo anno 2023) di cui alla DGR n.151 del 28/02/2024.

DICHIARA

(ai sensi degli art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci o forma, esibisce, si avvale di atti falsi ovvero non più rispondenti a verità e delle relative sanzioni penali di cui all’art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative e di decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato)

1- di essere il caregiver familiare che fornisce assistenza continuativa e prevalente e globale

al/alla Sig./sig.ra

- che decade in tutti i casi in cui i competenti Servizi accertino situazioni di carattere personale del caregiver o inerenti alla persona assistita che comportino il venir meno dell'attività di cura del familiare;
- prevede la fruizione di prestazioni di sollievo;
- è condizionata al possesso di un'attestazione ISEE ordinaria (del caregiver richiedente), in corso di validità al momento della presentazione dell'istanza, non superiore ad €36.000,00 (DGR n. 112 del 31 Marzo 2017);
- non è erogato se il ricovero della persona assistita si protrae oltre i 40gg e sarà ripristinato al rientro della persona assistita nella casa familiare.

7- che ricorre una delle seguenti caratteristiche in ordine alle priorità di intervento individuate:

- Genitore caregiver che assiste il figlio/la figlia minore in situazione di disabilità gravissima come definita all'art. 3 del DM 26/9/2016;
- Genitore caregiver che assiste il figlio/la figlia minore in situazione di disabilità gravissima come definita all'art. 3 del DM 26/9/2016, privo dell'altro genitore;
- Caregiver familiare con ISEE ordinario dal valore più basso.

8- di essere consapevole che l'erogazione del contributo è subordinata alla sottoscrizione di un apposito accordo di fiducia tra il caregiver familiare e l'Azienda Speciale per i Servizi Sociali del Comune di Montesilvano per l' ECAD 18 Montesilvano, in cui siano esplicitate le modalità di assistenza garantite dal caregiver familiare e il ricorso ad interventi assistenziali di sostituzione utili alla cura del proprio congiunto, esplicitando il tipo di intervento che il caregiver intende attuare con il contributo;

9- di essere consapevole che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rilasciate secondo quanto previsto dalla normativa vigente e per gli effetti dalla stessa stabiliti, ivi inclusa la decadenza o la revisione dal beneficio concesso;

10- di essere attualmente beneficiario del seguente contributo avente le medesime finalità:

(specificare) _____ per l'importo mensile di €.....

11- di volersi avvalere della valutazione già effettuata dalla UVM (se trattasi di compromissioni fisiche/intellettive, neurologiche e funzionali non passibili di miglioramento) SI NO

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a ai sensi del Regolamento UE 2016/679 - GDPR e del D. Lgs. 20/06/2003 n. 196 autorizza il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente per l'assolvimento degli obblighi previsti e dai regolamenti comunali in materia. Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro, ai sensi dell'art. 76 DPR 445/200 in caso dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.; informato, ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 679/2016, che i dati personali volontariamente forniti, propedeutici per l'Istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; I dati saranno utilizzati al fine di procedere alla definizione dei procedimenti amministrativi in corso e dei controlli previsti dalla legge. Si rende noto che le informazioni fornite dovranno essere utilizzate e comunicate anche all'ASL e alla Regione Abruzzo, per lo svolgimento delle fasi endoprocedimentali rientranti nella competenza degli stessi Enti. I suddetti dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui al succitato Regolamento U.E. GDPR n° 679/2016 (Capo III). Il diritto di accesso dell'interessato alle informazioni sul trattamento dei dati personali che lo riguardano e altri diritti dell'interessato sono disciplinati dall'art. 15 all'art. 21 del Regolamento UE n° 679/2016. L'interessato può proporre una segnalazione o un reclamo, in materia del trattamento dei dati personali, all'autorità di controllo Garante Privacy.

Luogo e data _____

Firma _____