



COMUNE DI MATERA

Allegato A

MODULO DI DOMANDA

**CONTRIBUTO ECONOMICO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL
CAREGIVER FAMILIARE (ANNUALITÀ 2022)**

Schema di domanda

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a il _____ a _____, C.F. _____
residente a _____ alla Via/P.zza _____ n° _____
cell. _____, email _____ codice fiscale _____

VISTO l'Avviso Pubblico "CONTRIBUTO ECONOMICO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL

CAREGIVER FAMILIARE (ANNUALITÀ 2022)",

in qualità di Caregiver familiare di:

Nome e Cognome _____, nato/a il _____ a _____, C.F. _____
residente a _____ alla Via/P.zza _____ n° _____
cell. _____, email _____ codice fiscale _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000:

- di essere formalmente identificato/a come Caregiver familiare, convivente con la persona assistita da almeno sei mesi antecedenti alla data di pubblicazione dell'Avviso;
- di essere maggiorenne e residente nel Comune di Matera;
- di aver presentato un ISEE ordinario in corso di validità del nucleo familiare;
- di non aver ricevuto il finanziamento nel precedente Avviso, pur essendo stato/a incluso/a nella relativa graduatoria.

DICHIARA INOLTRE

- che la persona assistita è (*barrare la voce corrispondente alla condizione della persona assistita*):
 - ☐ in condizioni di disabilità gravissima, così come definita dall'art. 3 del decreto 26 settembre 2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (pubblicato in G.U. il 30 novembre 2016, n. 280);
 - ☐ affetta da disabilità grave ai sensi della L. 104/92 art. 3, comma 3.
- di essere in possesso dei seguenti ulteriori requisiti per l'accesso al contributo (*barrare la voce corrispondente alla propria condizione*):

- ☐ essere Caregiver di persona coinvolta in programmi di accompagnamento per la deistituzionalizzazione e il ricongiungimento con l'assistito;
- ☐ svolgere attività di assistenza continuativa da un lungo periodo di carico assistenziale;
- ☐ essere inoccupato/a o disoccupato/a, in quanto la condizione di Caregiver ha impedito l'accesso al lavoro;
- ☐ essere stato/a costretto/a ad interrompere l'attività lavorativa (licenziamento) e/o a usufruire di aspettativa non retribuita o di frequenti permessi lavorativi per la cura del familiare;
- ☐ essere un/una Caregiver monoparentale;
- ☐ appartenere a un nucleo familiare monoreddito;

CHIEDE

il contributo economico una tantum pari ad a € 500,00 per i Caregiver familiari di disabili gravissimi o € 400,00 per i Caregiver familiari di disabili gravi (i due contributi sono alternativi), per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del Caregiver familiare (ai sensi dell'art. 1, comma 254 della Legge n. 205 del 30 dicembre 2017);

- **che la liquidazione del contributo economico in proprio favore venga effettuata mediante accredito bancario, su istituto di credito _____**
IBAN _____

Luogo, _____ Data ____/____/____

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

Allega:

- per i Caregiver familiari di persone in condizioni di disabilità gravissima: certificazione medico-specialistica rilasciata dalle strutture sanitarie, che attesti almeno una delle condizioni indicate negli allegati 1 e 2 del Decreto 26 settembre 2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.
- per i Caregiver familiari di persone con disabilità grave, la copia della certificazione che attesti la connotazione di gravità (ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 3) da parte della Commissione Medica della ASL.

Documentazione comune a entrambe le categorie di beneficiari:

- copia del certificato di invalidità che attesti la condizione di non autosufficienza, come definito nell'allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013;
- autocertificazione ai sensi del D.P.R. 445/2000 che attesti l'appartenenza allo stesso stato di famiglia da almeno sei mesi antecedenti alla data di pubblicazione dell'Avviso e l'assistenza diretta al familiare;
- documento di identità valido del Caregiver;
- ISEE Ordinario in corso di validità del nucleo familiare;
- attestazione bancaria che riporti il codice IBAN intestato al Caregiver richiedente il beneficio.

Data _____

Il Dichiarante

(firma leggibile)

Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione
(artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)

La/il _____ sottoscritta/o _____, nata/o _____ a _____

il _____ residente a _____ () in Via _____ n. _____

CONSAPEVOLE

- delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le false attestazioni e dichiarazioni mendaci,
- della perdita dei benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art. 75 del citato DPR 445/2000;
- dell'effettuazione di controlli sulla veridicità di quanto dichiarato, ai sensi dell'art. 71 del citato DPR 445/2000,

D I C H I A R A

- di essere residente a Matera;
- di prestare assistenza diretta al proprio familiare e di essere, quindi, *caregiver familiare* ai sensi della L. n. 205 del 27 dicembre 2017;
- di far parte della famiglia anagrafica della persona che necessita di assistenza, di essere quindi convivente, come risultante dallo stato di famiglia, da almeno sei mesi antecedenti alla data di pubblicazione del presente avviso;
- che la famiglia convivente è composta come risulta dal seguente prospetto:

<i>n.</i>	<i>Cognome e Nome</i>	<i>Luogo di nascita</i>	<i>Data di nascita</i>	<i>Rapporto parentela</i>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Matera li, _____

La/Il dichiarante
