

2a) SCHEMA DI DOMANDA

Sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare (ex comma 255 dell'art. 1 della Legge n. 205/2017). Avviso pubblico di selezione, ai sensi del DPCM 8 gennaio 2025 (anno 2024). Richiesta di accesso al contributo economico.

<p>Il/la sottoscritto/a</p> <p>Nome _____ Cognome _____ nato/a il _____ nel Comune di _____ Prov. _____ Stato _____ residente nel Comune di _____ in Via / P.zza _____ n.° _____ CAP _____ tel. _____ cell. _____ Codice Fiscale _____ Indirizzo email _____;</p> <p>in qualità di caregiver familiare (Art. 2 dell'Avviso pubblico) di:</p> <p>Nome _____ Cognome _____ nato/a il _____ a _____ Prov. _____ residente in _____ Comune afferente la Zona Sociale n. _____ Via / P.zza _____ n.° _____ CAP _____ domiciliato presso _____ CAP _____ tel. _____ cell. _____ Codice Fiscale _____ Indirizzo email _____;</p> <p>DICHIARA</p> <p>Di essere:</p> <p><input type="checkbox"/> cittadino italiano;</p> <p><input type="checkbox"/> cittadino comunitario;</p> <p><input type="checkbox"/> cittadino non comunitario, in possesso di titolo di soggiorno regolare n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____ o, in caso di rinnovo, in possesso di ricevuta di presentazione della relativa domanda rilasciata in data _____;</p> <p><input type="checkbox"/> che la persona di cui il caregiver familiare si prende cura è in possesso di piano assistenziale personalizzato, redatto dai servizi sociali e socio-sanitari territorialmente competenti, al quale il Patto per la cura si riconduce, definito in data _____ e valido fino al _____</p> <p><input type="checkbox"/> che presso _____, in data _____, è stata presentata richiesta di valutazione del proprio familiare per la predisposizione del piano assistenziale personalizzato</p> <p><input type="checkbox"/> che la persona assistita dal caregiver familiare (il suo amministratore di sostegno, tutore o curatore) esprime il proprio parere favorevole rispetto alle attività svolte dal proprio caregiver</p>

DICHARA INOLTRE
(ai sensi dell'art. 71 D.P.R.
445/2000)

<p><input type="checkbox"/> di essere caregiver di una persona con disabilità gravissima (accertata con Verbale n. _____ del)</p> <p><input type="checkbox"/> di essere <i>caregiver</i> di persona che non ha avuto accesso a strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali o per non disponibilità di posti comprovata da idonea documentazione</p> <p><input type="checkbox"/> di essere caregiver di una persona inserita in un programma di accompagnamento finalizzato alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del <i>caregiver</i> con la persona assistita, comprovata da idonea documentazione</p> <p><input type="checkbox"/> di avere nel proprio nucleo familiare n. _____ figli di età inferiore ai 18 anni</p> <p><input type="checkbox"/> di avere nel proprio nucleo familiare n. _____ componenti in condizione di disabilità gravissima ai sensi dell'art. comma 3, della l. 104/92</p> <p><input type="checkbox"/> di essere caregiver di una persona con disabilità grave (accertata con Verbale n. _del_____) ma non rientrante nelle tipologie a), b), c) di cui alla griglia di valutazione allegato 1a) all'avviso;</p> <p><input type="checkbox"/> che la propria situazione reddituale, risultante da certificazione ISEE è:</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> inferiore a 12.000 euro, ovvero pari ad € _____; [n.d.r. inserire l'importo dell'ISEE].</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> ricompresa entro la fascia da 25.001,00 euro a 35.000,00 euro, ovvero pari ad € _____; [n.d.r. inserire l'importo dell'ISEE].</p> <p>Ovvero⁹</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> inferiore a 12.000 euro, ovvero pari ad € _____; [n.d.r. inserire l'importo dell'ISEE].</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Inferiore o pari a 25.000,00 euro, ovvero pari ad € _____; [n.d.r. inserire l'importo dell'ISEE].</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> ricompresa entro la fascia da 25.001,00 euro a 35.000,00 euro, ovvero pari ad € _____; [n.d.r. inserire l'importo dell'ISEE].</p> <p><input type="checkbox"/> di fare parte del nucleo familiare della persona da assistere;</p> <p><input type="checkbox"/> di avere la residenza in altro modulo abitativo, ma collocato nella medesima struttura nella quale risiede il proprio familiare;</p> <p>N.B.: Il nucleo familiare è quello definito all'art. 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 5 dicembre 2013 n. 159 (Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente -ISEE-).</p> <p>Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, punite dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.</p>

CHIEDE

di essere ammesso a ricevere il contributo (ai sensi del **DPCM 8 gennaio 2025 (anno 2024)**), previsto dall'Avviso pubblico Per l'accesso al contributo economico concesso ai *caregiver* familiari, finalizzato al sostegno del ruolo di cura e di assistenza (ex DPCM del 8 gennaio 2025, in attuazione del comma 255 dell'art. 1 della Legge n. 205/2017).

⁹

Si richiama il punto 6) del deliberato laddove è data la facoltà al Comune capofila di Zona scoiale di scegliere i valori ISEE di cui alla lettera 1.A) o alla lettera 1.B) sulla base dell'analisi dei bisogni territoriali rilevati

INFINE DICHIARA

di aver ricevuto l'informativa, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione della persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione della persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, le informazioni, i dati e le notizie e le dichiarazioni acquisite, di natura personale e sensibili, saranno trattati esclusivamente per l'espletamento e la erogazione del beneficio presso il Comune di Orvieto in qualità di titolare e responsabile.

I dati sopra richiesti verranno trattati dal Comune d Orvieto in qualità di titolare del trattamento. Il richiedente di cui al citato avviso ha il diritto di conoscere i propri dati utilizzati dal Titolare. Nel caso in cui i dati non fossero del tutto corretti, l'interessato ha il diritto di aggiornamento, di rettifica, di integrazione dei propri dati; l'interessato ha inoltre diritto di opporsi al trattamento nonché, in caso di violazione di legge, alla cancellazione, alla anonimizzazione e al blocco dei dati trattati.

Data _____

Firma _____

Allegati:

- copia documento di identità in corso di validità del richiedente sottoscrittore;
- copia del permesso di soggiorno e/o del cedolino di rinnovo;
- certificazione ISEE in corso di validità

PATTO PER LA CURA

Obiettivi di cura che si intendono perseguire, connessi a salute, relazioni affettive e di cura, relazioni sociali, autonomia ed autosufficienza personale, mobilità, espressione personale (a titolo esemplificativo, ma non esaustivo) e **indicazione in mesi della durata del patto**:

Condizione attuale (Specificare brevemente):

Necessità della persona (Specificare brevemente):

Impegni del caregiver familiare, modalità di monitoraggio del buon andamento e del perseguimento degli obiettivi previsti dal Patto per la cura

Data e luogo, _____

Firma CAREGIVER _____

Firma della persona con disabilità (o del suo amministratore di sostegno, curatore o tutore)

Firma Case manager _____