

Allegato 1

Istanza di accesso agli “Interventi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell’attività di cura del Caregiver familiare”

Al Comune di _____

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

tel. _____ e-mail _____

domicilio (solo se diverso dalla residenza)

Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

Codice fiscale _____

in qualità di Caregiver familiare formalmente riconosciuto dall’Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD) del Distretto Sociale FRD di (inserire dati dell’assistito):

(cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

tel. _____ e-mail _____

domicilio (solo se diverso dalla residenza)

Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

Codice fiscale _____

Grado di parentela (rispetto al Caregiver familiare) _____

☐ Convivente (rispetto al Caregiver familiare)

☐ Non convivente (rispetto al Caregiver familiare)

CHIEDE

nel rispetto dei requisiti richiesti e dei criteri di priorità di cui all'Avviso Pubblico, di poter accedere alla/alle seguente/i misura/e ai sensi della vigente legislazione regionale. (È possibile barrare più opzioni. Le misure di seguito indicate non sono incompatibili e possono essere cumulate).

☐ INTERVENTI DI SOLLIEVO PROGRAMMATO IN AMBITO INTRAFAMILIARE (DOMICILIARE) da attivare nella modalità diretta (assistenza fornita dai servizi territoriali).

☐ PERCORSI DISTRETTUALI DI SOSTEGNO PSICOLOGICO INDIVIDUALE O DI GRUPPO e/o di FORMAZIONE finalizzati a garantire al Caregiver familiare un adeguato supporto psicologico/emotivo anche in un'ottica di prevenzione e alla formazione per il corretto svolgimento dell'attività di cura e assistenza da attivare nella modalità diretta (assistenza fornita dai servizi territoriali).

☐ BUDGET PERSONALE DEL CAREGIVER FAMILIARE finalizzato al riconoscimento di un contributo economico a fondo perduto destinato a sostenere il Caregiver familiare nelle spese connesse alla cura della propria persona, al tempo libero, alla formazione e all'aggiornamento professionale presso centri autorizzati o accreditati della Regione Lazio. Ai fini dell'eventuale erogazione della misura il richiedente dovrà sottoscrivere uno specifico atto di responsabilità/impegno all'uso conforme del budget personale del Caregiver familiare (Allegato 2).

A tal fine DICHIARA

(ai sensi degli artt. 45 e 46 D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, DPR n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto DPR)

☐ di trovarsi nella condizione (status) di Caregiver familiare così come definito dall'art. 2 della Legge Regionale n. 5/2024 "Il Caregiver familiare, ai sensi dell'articolo 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, in **possesso della tessera di Caregiver**),

DICHIARA altresì

Di trovarsi nella seguente situazione familiare (barrare un solo requisito tra i seguenti):

☐	Caregiver in nuclei monogenitoriali
☐	Essere riconosciuto Caregiver Genitore di figli di minore età
☐	Caregiver convivente con la persona di cui si prende cura o unico parente della persona con disabilità/non autosufficiente
☐	Essere riconosciuto Giovane Caregiver (persona di età compresa tra i 16 e 28 anni)

Di trovarsi nella seguente situazione sociosanitaria e socioassistenziale (barrare uno o più requisiti tra i seguenti)

☐	Caregiver di persona nella lista di attesa per gli interventi in favore di persone in condizione di disabilità gravissima
☐	Caregiver di persona in condizione di disabilità gravissima
☐	Caregiver di persona che non fruisce di alcuno dei seguenti servizi: Assistenza domiciliare diretta, Assistenza domiciliare indiretta, Frequenza centri diurni, Home Care Premium o altri contributi economici mensili finalizzati all'assistenza.)
☐	Caregiver in condizione di inoccupazione/disoccupazione e con ISEE compreso tra 0,00 e 15.000,00 euro.
☐	Caregiver di persona che fruisce di meno di 12 ore mensili di assistenza domiciliare in forma diretta e/o indiretta

☐ di impegnarsi, in caso di ammissione alla/alle citata/e misura/e, a dare tempestiva comunicazione al Consorzio, in caso di eventuale ricovero o di decesso dell'assistito nei confronti del quale si prestano attività di cura e di assistenza;

☐ di essere a conoscenza che le misure di cui trattasi potranno essere assegnate, agli aventi diritto, a decorrere dalla data in cui il Distretto Sociale D disponga delle risorse necessarie a soddisfare le singole richieste secondo i previsti requisiti ed i citati ordini di priorità;

☐ che lo stato di famiglia del richiedente/Caregiver familiare è il seguente:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

Luogo e data _____

Firma del richiedente Caregiver familiare _____

ALLEGA

- ☐ Attestazione ISEE regolare e in corso di validità del richiedente/Caregiver familiare;
- ☐ Copia della Card Caregiver
- ☐ Copia del documento di identità in corso di validità e del C.F. del richiedente/Caregiver familiare;
- ☐ Copia del documento di identità in corso di validità e del C.F. dell'assistito;
- ☐ Altro (specificare)

per i soli richiedenti della misura “Budget personale del Caregiver familiare”:

- ☐ Dichiarazione di responsabilità/impegno in merito all’uso conforme del “Budget personale del Caregiver familiare” (Allegato 2);
- ☐ Codice IBAN del richiedente/Caregiver familiare su cui accreditare il beneficio economico richiesto:

[illegible]

N.B. L'iban suindicato deve essere intestato al richiedente e/o cointestato. Non sono validi i libretti postali.

Istituto bancario:

Indicare di seguito i dati dell'eventuale cointestatario del c/c di cui sopra:

Nome e cognome _____ data di nascita _____

residenza _____ codice fiscale _____

AUTORIZZA

il trattamento dei propri dati personali presenti nella presente dichiarazione ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell’art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679), per i fini propri della presente dichiarazione.

Luogo e data

Firma del richiedente Caregiver familiare