



Al Comune di TERAMO - ADS n. 20 TERAMO
All'Ufficio Welfare e servizi al Cittadino

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |
 residente a..... (.....)
 in via/piazza.....CAP.....
(la residenza deve essere obbligatoriamente la stessa del caregiver)
 tel./cell...../.....e-mail.....
 pec.....

2. Di avere il seguente rapporto di parentela o affinità:

- ☐ coniuge ☐ unito civilmente ☐ convivente ☐ padre/madre
☐ figlio/figlia ☐ fratello/sorella ☐ genero/nuora ☐ nonno/nonna
☐ nipote ☐ suocero/suocera ☐ cognato/cognata

2.1 - Composizione del Nucleo Familiare:

Cognome e nome	Data di nascita	Grado di parentela	Situazione occupazionale (*)

(*): Studente; Lavoratore/trice a tempo indeterminato; Lavoratore/trice a tempo determinato; Pensionato/a sociale; Pensionato/a; Disoccupato; Altro:

3. che il proprio congiunto convivente si trova nella seguente condizione:

- ☐ persona in condizione di disabilità gravissima come definita dall'art 3 del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26/9/2016, beneficiaria dell'indennità di accompagnamento, oppure definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013 e a cui è riconosciuta la rispettiva indennità;
☐ l'assistito è stato sottoposto a valutazione da parte dell'U.V.M. presso il Distretto Sanitario di _____, in data _____, in quanto persona in condizione di disabilità gravissima come definita dall'art 3 del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26/9/2016;

4. di aver preso visione dell'Avviso e di essere consapevole delle condizioni di incompatibilità per la fruizione dei contributi oggetto della presente istanza;

5. di non essere:

- a) genitore caregiver dei minori con malattia rara e disabilità gravissima beneficiari del contributo erogato direttamente dalla Regione Abruzzo, se in godimento nel periodo temporale a cui si riferisce l'erogazione del contributo di sollievo;
 b) caregiver di soggetti assegnatari del contributo per la Vita Indipendente di cui alla L. R. 57/2012 o di interventi analoghi attuati con fondi nazionali (ad. es. Progetti Sperimentali di Vita indipendente finanziati con Fondi ministeriali), se in godimento nel periodo temporale a cui si

Documentazione contenente informazioni riservate ai sensi del GDPR -Regolamento generale sulla protezione dei dati (UE 2016/679) pertanto esclusivamente destinata alla persona o al personale autorizzato dell'Ente in indirizzo. _____

riferisce l'erogazione del contributo di sollievo;

c) caregiver di disabili beneficiari di progetti finanziati con il fondo "Dopo di Noi";

d) caregiver di soggetti già assegnatari dell'Assegno disabilità gravissima o similari contributi economici (es. Progetto Home Care Premium) per importi pari o superiori a complessivi € 1.200,00 mensili, se in godimento nel periodo temporale a cui si riferisce l'erogazione del contributo di sollievo.

6. di essere consapevole che l'erogazione del contributo:

- è condizionato all'effettiva permanenza a domicilio della persona non autosufficiente e che in nessun caso è previsto l'intervento se la persona assistita risulta lungodegente o accolta stabilmente presso strutture residenziali all'atto della richiesta;

- 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 condizionato al possesso di un Modello ISEE ordinario anno 2025 non superiore ad € 36.000,00;

7. di avere preso atto e di accettare integralmente i criteri e le condizioni di erogazione del contributo di cui alla DGR n. DPG023/170 del 06.11.2023 nonché nell'avviso pubblico comunale;

DICHIARA, inoltre:

8. di essere consapevole che l'erogazione del contributo è subordinata alla sottoscrizione di un apposito Accordo di fiducia tra il caregiver familiare ammesso a contributo e il Servizio Sociale Professionale del Comune di Teramo in cui siano esplicitate le modalità di assistenza diretta 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 o dei seguenti servizi (specificare)

Tipologia Servizi		Erogatore	h. settimanali	Contributo (mensile)
☐	Servizio assistenza Domiciliare - SAD			
☐	Assistenza Infermieristica Domiciliare			
☐	Assistenza Programmata Domiciliare (ADP - Medico Curante)			
☐	Servizio di Aiuto alla Persona			
☐	P.L.N.A.			
☐	Assegno di Cura e Assistenza			
☐	Trasporto			
☐	Buoni Servizio			

Documentazione contenente informazioni riservate ai sensi del GDPR -Regolamento generale sulla protezione dei dati (UE 2016/679) pertanto esclusivamente destinata alla persona o al personale autorizzato dell'Ente in indirizzo. _____

☐	Disponibilità di obiettori di Coscienza/Volontariato			
☐	Centro Diurno / Laboratorio			
☐	Inserimento Lavorativo / Formativo			
☐	Servizio Socio Assistenziale Scolastico e/o Socio Educativo Scolastico e/o Extra Scolastico			
☐	Contributo SLA / Dipendenza Vitale			
☐	prestazione servizio ai sensi dell'Home Care Premium (HCP)			
☐	beneficio economico ai sensi dell'Home Care Premium (HCP)			
☐	Assistenza economica (specificare tipologia)			
☐	Altro:			

11. di volersi avvalere della valutazione già effettuata dalla UVM nell'anno in corso-2025 (se trattasi di compromissioni fisiche/intellettive, neurologiche e funzionali non passibili di miglioramento)

()SI ()NO

12. che la rete di supporto familiare, sociale e sociosanitaria è caratterizzata dai seguenti aspetti:

- ☐ presenza di altri disabili
- ☐ presenza di anziani ultrasettantacinquenni
- ☐ presenza di minori di anni 12
- ☐ fruizione dei seguenti servizi socio assistenziali (Es. SAD, Home Care Premium,ecc)
.....
- ☐ situazione occupazionale del caregiver.....

13. il caregiver lo assiste in maniera continuativa ed è:

- ☐ residente e convivente con la persona assistita

COMUNICA i seguenti dati ai fini della riscossione del contributo

Accredito su conto corrente intestato a

(il c/c deve essere intestato al Caregiver Familiare. Non è consentito l'accredito su libretti postali)

Banca

Documentazione contenente informazioni riservate ai sensi del GDPR -Regolamento generale sulla protezione dei dati (UE 2016/679) pertanto esclusivamente destinata alla persona o al personale autorizzato dell'Ente in indirizzo.....

IBAN:

(si consiglia di allegare anche copia di un documento della banca in cui sia riportato il codice IBAN, al fine di poter gestire eventuali errori o illeggibilità del codice sotto indicato)

Allega alla presente:

- fotocopia documento di identità in corso di validità del familiare assistito;
- fotocopia documento di identità in corso di validità del caregiver;
- titolo di soggiorno laddove ricorre il caso;
- certificazione di invalidità dell'assistito che versa in stato di disabilità gravissima e/o non autosufficienza;
- attestazione L.104 art. 3 comma 3 (se posseduta);
- autodichiarazione dell'assistito o di chi ne tutela gli interessi che individua il caregiver familiare che lo assiste;
- eventuale attestazione dei servizi sociosanitari circa il ruolo di caregiver familiare della persona che lo assiste;
- certificazione ISEE ordinaria anno 2025 del nucleo familiare del richiedente (caregiver familiare).

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'art. 7 dell'Avviso sul trattamento dei dati personali di cui all'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 ed esprime formale autorizzazione.

Luogo e data _____

IL/LA DICHIARANTE

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Documentazione contenente informazioni riservate ai sensi del GDPR -Regolamento generale sulla protezione dei dati (UE 2016/679) pertanto esclusivamente destinata alla persona o al personale autorizzato dell'Ente in indirizzo. _____

Io Sottoscritta/o _____ c.f. _____

nata/o a _____ (____) il ____/____/____,

residente a _____ (____) in _____ n° _____

(dati dell'Assistito)

Io Sottoscritta/o _____ c.f. _____

nata/o a _____ (____) il ____/____/____,

residente a _____ (____) in _____ n° _____

(dati di chi ne tutela gli interessi, da compilare solo in caso di incapacità dell'assistito)

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARO

che il mio congiunto, convivente e residente con il sottoscritto, sig. _____, nato a _____,

il _____, CF _____ rappresenta di

fatto il caregiver familiare esclusivo o prevalente che presta nei miei confronti una assistenza continuativa.

Luogo, _____

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

Documentazione contenente informazioni riservate ai sensi del GDPR -Regolamento generale sulla protezione dei dati (UE 2016/679) pertanto esclusivamente destinata alla persona o al personale autorizzato dell'Ente in indirizzo. _____