

**AI COMUNE DI SPOLTORE**  
**ECAD dell'ADS n. 16 Metropolitan**

**CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL  
CAREGIVER FAMILIARE - DPCM del 17 ottobre 2022**  
**DGR ABRUZZO N. 307 del 01.06.2023 – ANNUALITA' DEL FONDO 2022**

**MODELLO DI DOMANDA**  
**per il Contributo di sollievo**  
**CUP: D99G24000290001**

**DATI DEL CAREGIVER FAMILIARE**

Il/la sottoscritto/a .....

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

Codice Fiscale   |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

residente a..... (.....)

in via/piazza.....

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

**CHIEDE**

di essere ammesso al seguente sostegno/contributo per caregiver familiare

- Contributo di sollievo a sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare per persone in condizione di disabilità GRAVISSIMA (finalizzati all'assistenza diretta o indiretta)**

A tale scopo, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole della decadenza dei benefici connessi e delle sanzioni penali previste, ai sensi degli articoli 75 e 76 dello stesso DPR, in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**DICHIARA:**

- 1- Di essere caregiver familiare di (compilare con i dati della persona assistita in condizione di DISABILITA' GRAVISSIMA):**

Cognome e nome.....

Nato a .....il .....

Codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Residente a .....(.....)

In via/piazza.....  
CAP.....tel/cell.....e-mail.....

**(da compilare solo se la persona che ne cura gli interessi è diversa dal caregiver familiare)**

**DATI DELLA PERSONA CHE NE CURA E TUTELA GLI INTERESSI:**

Il/la sottoscritto/a..... nato/a  
a..... il.....

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

residente a..... (.....)

in via/piazza.....

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

**2- Di avere con la persona disabile il seguente rapporto di parentela o affinità:**

- |  |  |                                      |                                      |
|--|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> coniuge       | <input type="checkbox"/> unito civilmente          | <input type="checkbox"/> convivente. | <input type="checkbox"/> padre/madre |
| <input type="checkbox"/> figlio/figlia | <input type="checkbox"/> fratello/sorella          | <input type="checkbox"/> nuora       | <input type="checkbox"/> genero      |
| <input type="checkbox"/> nipote        | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ |                                      |                                      |

**3- Di assistere una persona disabile che si trova nelle seguenti condizioni (è possibile selezionare più casistiche):**

- 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;
- persona NON lungodegente / NON accolta stabilmente presso strutture residenziali

**4- Di aver preso visione dell'Avviso e di essere consapevole delle condizioni di INCOMPATIBILITA' per la fruizione dei contributi oggetto della presente istanza; a tal proposito, **DICHIARA DI NON APPARTENERE** alle seguenti categorie di beneficiari:**

- a. Genitore caregiver di minore con malattia rara e disabilità gravissima beneficiario del contributo erogato direttamente dalla Regione Abruzzo, se in godimento nel medesimo periodo temporale a cui si riferisce l'erogazione del presente contributo di sollievo;
- b. Caregiver di soggetto assegnatario del contributo per la Vita Indipendente di cui alla L. R. 57/2012, o interventi analoghi attuati con fondi nazionali, comunque in godimento nel medesimo periodo temporale a cui si riferisce l'erogazione del presente contributo di sollievo;
- c. Caregiver familiare di disabile beneficiario di progetti finanziati con il fondo "Dopo di Noi";



Banca/Posta .....

**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)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Luogo e data \_\_\_\_\_

IL/LA DICHIARANTE

---

**Allega alla presente:**

- fotocopia del documento di identità del caregiver e della persona assistita, in corso di validità;
- titoli di soggiorno se cittadini stranieri;
- certificazione di disabilità gravissima della persona assistita;
- eventuale attestazione di avvenuta valutazione della persona assistita;
- certificazione ISEE ordinario del caregiver in corso di validità;

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

---

