

- d. Caregiver di soggetto già assegnatario dell'Assegno di disabilità gravissima o similari contributi economici per importi pari o superiori a complessivi € 1.200,00 mensili, se in godimento nel periodo temporale a cui si riferisce l'erogazione del presente contributo;

DICHIARA CHE:

In riferimento ai suddetti contributi economici similari, la persona disabile assistita percepisce:
€ _____ complessive per assegno FNNA (ultima assegnazione);
€ _____ mensili per HCP prestazione prevalente;
€ _____ (per altro da specificare);

5 - di essere consapevole che l'erogazione del contributo è condizionata all'effettiva permanenza al domicilio della persona disabile, 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.

DICHIARA INOLTRE CHE:

- il caregiver assiste la persona disabile in maniera continuativa: è CONVIVENTE
- Il caregiver NON si trova in costanza di fruizione del congedo straordinario annuale/biennale retribuito per l'assistenza del disabile;

Inoltre, il caregiver familiare:

DICHIARA di avere un ISEE ordinario in corso di validità pari ad € _____

DICHIARA di essere consapevole che potranno essere eseguiti dei 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.

DICHIARA, ai fini della valutazione della domanda, di avere preso atto e di accettare integralmente quanto stabilito nell'avviso ed in particolare i criteri e le condizioni di erogazione del contributo di cui all'articolo 6.

DICHIARA di essere consapevole che l'erogazione del contributo è subordinata alla sottoscrizione di un apposito Accordo di fiducia (tra il caregiver familiare beneficiario del contributo o la persona che ne tutela gli interessi e l'ECAD), in cui sia esplicitato il tipo di intervento che si intende attivare con il contributo (sostituzione nel lavoro di cura, anche con individuazione del sostituto laddove possibile e/o ricovero di sollievo temporaneo), e si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi mutamento delle condizioni che hanno dato origine al beneficio (variazione di residenza, decesso, ricovero in struttura residenziale);

COMUNICA i seguenti dati ai fini della riscossione del contributo (**dati del caregiver familiare**)

Accredito su conto corrente intestato a

Codice Fiscale

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

