



CITTA' DI CERVIGNANO DEL FRIULI

Provincia di Udine

ENTE GESTORE SSC AMBITO TERRITORIALE AGRO AQUILEIESE

Piazza Indipendenza n° 1
33052 Cervignano del Friuli (UD)
Tel. 0431/388760

C.F. 81000730309 - P.IVA 00612760306
Sito internet: www.comune.cervignanodelfriuli.ud.it
P.E.C.: comune.cervignanodelfriuli@certgov.fvg.it

Al Servizio Sociale dei Comuni dell'Ambito Territoriale Agro Aquileiese

Domanda ai fini dell'ottenimento del contributo destinato al ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare.

Io sottoscritto/a (scrivere cognome e nome) _____

nato/a a _____

in data ____/____/____ residente nel Comune di * _____ (____)

_____ in Via _____ n° _____ CAP _____

codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| tel. _____

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni previste dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci e che qualora emerga, ai sensi dell'articolo 75 del citato D.P.R., la non veridicità del contenuto di questa dichiarazione, decadrà o farà decadere la persona rappresentata dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato,

DICHIARA

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

IN QUALITA' DI

- coniuge
- altra parte dell'unione civile
- convivente di fatto
- familiare o affine entro il secondo grado familiare o affine entro il secondo grado
(specificare.....)
- familiare entro il terzo grado (nei soli casi indicati dall'art. 33 della 104/921)
(specificare.....)

1) DI ESSERE CAREGIVER FAMILIARE DI

Cognome _____ Nome _____
nato/a _____
in data ____/____/____ residente nel Comune di _____ (____)
in Via _____ n° _____ CAP _____
codice fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ tel. _____

2) CHE LA PERSONA ASSISTITA (barrare le caselle corrispondenti)

- è residente nel Comune di
- è in condizione di disabilità gravissima, così come definita dall'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016;
- ha in atto un programma di deistituzionalizzazione (ricongiungimento del caregiver con la persona assistita) – **allegare documentazione;**
- è stata riconosciuta invalida ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della legge 104/1992 – **allegare documentazione;**
- è titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n.18 – **allegare documentazione;**
- a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non è autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé (*per la valutazione della non autosufficienza va utilizzata prioritariamente la scheda Val.Graf.FVG – 2019 – almeno profilo C – ovvero, nei casi in cui l'équipe di valutazione ritenga lo strumento scarsamente sensibile, apposito strumento valutativo giudicato maggiormente adatto e individuato dall'équipe medesima*);
- è beneficiaria del Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine (FAP);
- ha fatto richiesta di inserimento nelle liste d'attesa del Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine (FAP);
- è consenziente nei confronti del lavoro di cura e assistenza svolto dal sottoscritto in qualità di caregiver familiare;

3) CHE IL SOTTOSCRITTO (requisiti necessari):

- è residente in Friuli Venezia Giulia;
- è caregiver familiare, come definito ai sensi dell'art. 1 comma 255 della legge n. 205/2017
- è relativamente alla persona assistita come sopra meglio specificata, il caregiver familiare **principale** ai sensi del co.6 dell'art.2 della L.R. 8/2023
- non ha presentato analoga domanda di accesso al presente Fondo per altri assistiti;
- non ha già fruito del beneficio per il “**sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare**”;
- è in possesso di dichiarazione ISEE in corso di validità inferiore/uguale ad € 30.000,00 oppure ha presentato la D.S.U. ai fini dell'I.S.E.E. in data.....;
- accetta tutte le previsioni e condizioni dell'avviso e di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 e 14 Regolamento UE n. 2016/679 (G.D.P.R.) allegata al Bando.

ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA'

CHIEDE

Che la propria situazione venga valutata al fine dell'ottenimento del beneficio per il "sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare" e della relativa progettazione personalizzata;

Luogo e data

Firma del caregiver.....

DOCUMENTI ALLEGATI

- **Fotocopia non autenticata della carta d'identità del richiedente (salvo sottoscrizione con firma digitale come definita dall'art.24 del DLgs.7 marzo 2005, n. 82)**
- Eventuali documenti che attestino la rappresentanza legale ai sensi del co.3 dell'art.3 del Regolamento;
- Eventuale documentazione attestante la condizione di disabilità gravissima, così come definita dall'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016;
- Eventuale documentazione attestante un programma di deistituzionalizzazione dalla struttura residenziale (ricongiungimento del caregiver con la persona assistita);
- Eventuale copia del verbale di invalidità civile attestante il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento (L. 18/1980) e/o del verbale di accertamento dello stato di disabilità (L. 104/1992 art. 3 comma 3);
- Altri eventuali documenti.

INFORMAZIONI IN MERITO AL PROCEDIMENTO AMMINISTRATIVO

La presente domanda dà avvio ad un procedimento amministrativo il cui esito consisterà nell'invio di una comunicazione di accoglimento o di respingimento motivato della richiesta presentata.