***Allegato – A***

**AVVISO PUBBLICO FONDO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA ED ASSISTENZA DEL “CAREGIVER” FAMILIARE AI SENSI *Decreti Ministeriali 28 dicembre 2021 e 17 ottobre 2022 – Delibere di Giunta n. 737/2022 e n. 162/2023 – Decreto dirigenziale n. 13203 del 20.09.2024.***

**- Annualità 18-19-20 CUP: D64D2400504003;**

**- Annualità 2021 CUP: D64D2400505003;**

**- Annualità 2022 CUP: D64D2400506003.**

**Al Settore Servizi Sociali dell’Ambito**

**Territoriale di Catanzaro**

**Tramite il Comune di**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OGGETTO: RICHIESTA AMMISSIONE AL CONTRIBUTO A FAVORE DEI CAREGIVER FAMILIARI\*[[1]](#footnote-1)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_ ) in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_, Codice Fiscale n.ro \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

telefono \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo email al quale fornire eventuali comunicazioni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**In qualità di caregiver familiare (art. 2 dell’avviso pubblico) di:**

Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_ Recapiti telefonici \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Grado di parentela: marito/moglie genitore  nonno/a bisnonno/a  zio/a

 suocero/a  cognato/a altro *(specificare)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**, sotto la propria responsabilità

* Di avere acquisito il consenso della persona che assiste, di un suo amministratore di sostegno, di un suo tutore o curatore
* Che la persona assistita è in possesso del certificato di riconoscimento della Disabilità gravissima rilasciato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**OPPURE**

* Che la persona assistita è stata riconosciuta la condizione di disabilità ai sensi della L. 104/94 ed è in possesso della certificazione sanitaria attestante la condizione di sostegno di intensità elevato ai sensi del D. Lgs. 62/24

**DICHIARA di**:

* Di avere compiuto 18 anni di età ed essere in condizione di autosufficienza;
* Essere cittadino italiano;
* Essere cittadino comunitario;
* Essere cittadino non comunitario, in possesso di titolo di soggiorno regolare n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con scadenza il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o, in caso di rinnovo, in possesso di ricevuta di presentazione della relativa domanda rilasciata in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Essere caregiver di persone di cui ai punti 1, 2 dell’ art. 2 dell’Avviso Pubblico e che al momento della domanda sia in vita e residente in Calabria;
* essere residente in uno dei Comuni che afferiscono all’Ambito Territoriale di Catanzaro;
* in qualità di caregiver **di avere acquisito il consenso della persona che assiste, di un suo amministratore di sostegno, di un suo tutore o curatore;**

 **Ai fini dell’ammissione al contributo, di**

* **NON** usufruire di altri interventi monetari ( es. contributo Fondo per le disabilità gravissime)
* **USUFRUIRE** di altri interventi monetari (Specificare quali e l’importo - Es. assegno di cura per le disabilità gravissime erogato dall’Asp)

**€\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a titolo di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**€\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a titolo di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DICHIARA INOLTRE (ai sensi dell’art. 71 D.P.R. 445/2000), di trovarsi in UNA delle seguenti situazioni barrando la casella di interesse A), B)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *

A | ***CAREGIVER DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA*[[2]](#footnote-2)** | Di trovarsi in una delle seguenti condizioni (Barrare SOLO una casella):* Caregiver di persone che non hanno avuto accesso al Fondo per le disabilità gravissime per mancanza di risorse;
* Caregiver di persone che non sono beneficiarie di altri contributi facenti capo allo stesso ambito di risorse o prestazioni assistenziali;
* Caregiver non beneficiari di congedi straordinari retribuiti dalla Legge 104/92 art. 33;
* Caregiver familiari monoreddito o nuclei monoparentali, nucleo familiare composto da un solo genitore.
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **B** | **PROGRAMMI DI ACCOMPAGNAMENTO FINALIZZATI ALLA DEISTITUZIONALIZZAZIONE E AL RICONGIUNGIMENTO DEL CAREGIVER CON LA PERSONA ASSISTITA** | Di trovarsi in una delle seguenti condizioni (Barrare SOLO una casella):caregiver di persone che non sono inserite nei percorsi di deistituzionalizzazione per il Dopo di noi;caregiver non beneficiari di congedi straordinari retribuiti di cui alla L. 104/92, art. 33; caregiver familiari monoreddito o nuclei monoparentali. |

**ALLEGA alla presente**

1. Attestazione ISEE Socio Sanitario per prestazioni assistenziali in corso di validità della persona con disabilità;
2. Fotocopia di un documento di identità in corso di validità;
3. Fotocopia di un documento di identità in corso di validità del soggetto assistito;
4. Copia verbali Commissioni Sanitarie (L. n. 104/1992- L. n. 18/80 - Accompagnamento – Invalidità civile al 100%);
5. Certificazione/Scheda sanitaria rilasciata da una struttura pubblica attestante lo stato di condizione di disabilità gravissima;
6. Autodichiarazione, da parte del caregiver relativamente alla attività di cura del congiunto e alla conseguente ridotta capacità lavorativa;
7. Copia del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo in caso di richiedenti extracomunitari;

Eventuale altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti (Specificare i documenti aggiuntivi allegati)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTORIZZA**

il Comune di residenza ed il Comune di Catanzaro al trattamento dei dati rilasciati, *esclusivamente* per l’espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del D.lgs 101 del 2018 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e ss.mm.ii. con le modalità indicate nell’Avviso pubblico.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(Luogo e data) (Firma leggibile)*

La presente sottoscrizione vale anche per accettazione di quanto stabilito nell’Avviso Pubblico in capo al presente allegato per assunzione di responsabilità e delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci rese a pubblico ufficiale (art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e art. 495 c.p.).

Il/la sottoscritto/a si impegna, infine, a comunicare tempestivamente ogni variazione intervenuta relativamente alle dichiarazioni di cui alla presente istanza ed autorizza il trattamento dei dati personali per le finalità relative al procedimento in oggetto.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(Luogo e data) (Firma leggibile)*

1. *\*Si definisce caregiver familiare la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18.* [↑](#footnote-ref-1)
2. La **condizione di disabilità gravissima** viene definita all'art. 3 del DM 26 settembre 2016: *"Persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla Legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159 del 2013, e per le quali si sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:*

a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS)<=10;

b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);

c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)>=4;

d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;

e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9, o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;

f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;

g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;

h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con QI<=34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) <= 8;

i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche [↑](#footnote-ref-2)