Amministrazione destinataria

Comune di Udine

Ufficio destinatario

SSC Ambito Friuli Centrale

Domanda di concessione del contributo destinato al ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare - Anno 2023

Il sottoscritto

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Residenza

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							☐	

Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

☑ di essere residente in Friuli Venezia Giulia (fa fede l'iscrizione dell'anagrafe popolazione residente);

☑ di essere in possesso della certificazione ISEE

Valore ISEE	Data rilascio	Numero protocollo DSU
€		

☑ di essere caregiver familiare, come definito ai sensi dell'art. 1 comma 255 della Legge n. 205/2017, in quanto assiste e si prende cura di:

- ○ coniuge o una delle parti dell'unione civile (ex Legge n. 76/2016)
- ○ familiare o affine di secondo grado
  - ○ figli, genitori *(parenti 1^ GRADO)*
  - ○ fratelli e sorelle, nonni, nipoti, ovvero figli di un figlio *(parenti 2^ GRADO)*
  - ○ suocero/a *(affini 1^ GRADO)*
  - ○ nonno/a del coniuge, cognati (fratelli del coniuge) *(affini 2^ GRADO)*
- ○ familiare entro il terzo grado nei soli casi indicati ai sensi della legge 05/02/1992, n. 104, art. 33, com. 3
  - ○ bisnonni
  - ○ zio/zia
  - ○ nipoti ovvero figli di fratelli/sorelle
  - ○ bisnipoti

☑ di essere il **SOLO** caregiver a chiedere il contributo

☑ che il soggetto a cui viene fornita assistenza è così identificato:

Cognome		Nome	Codice Fiscale
Sesso	**Data di nascita**	**Luogo di nascita**	**Cittadinanza**

☑ che il soggetto a cui viene fornita assistenza è residente in uno dei seguenti comuni:

○	Campoformido
○	Martignacco
○	Pagnacco
○	Pasian di Prato
○	Pavia di Udine
○	Pozzuolo del Friuli
○	Pradamano
○	Tavagnacco
○	Udine

☑ che il soggetto a cui viene fornita assistenza è informato della presentazione della segnalazione del bisogno ed è consenziente nei confronti del lavoro di cura e assistenza del caregiver familiare

☑ che il soggetto a cui viene fornita assistenza **NON** beneficia di altro contributo regionale a sostegno della domiciliarità (si intende: FAP, Fondo Gravissimi o Fondo SLA)

Che il soggetto a cui viene fornita assistenza:

○ è titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 18/1980 oppure è stato definito non autosufficiente ai sensi dell'allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013 e, per la **verifica della condizione di disabilità gravissima così come definita dall'art. 3 del D.M. 26/9/2016, si rende disponibile alla valutazione multiprofessionale attraverso la somministrazione delle scale di cui agli allegati 1 e 2 del predetto DM**

○ è inserito in un programma finalizzato alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento con il caregiver

○ ha avuto accesso alle strutture residenziali e/o semiresidenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali COVID (questa dichiarazione vale solo per coloro che hanno fatto apposita domanda di accoglimento presso una struttura residenziale o semiresidenziale e si trovino in tale situazione).

DICHIARA INOLTRE

☑ di essere a conoscenza dei vincoli per l'accesso ai benefici così come stabiliti dal Regolamento approvato con DPReg. 19/07/2021, n. 0117/Pres.;

☑ **di essere a conoscenza del fatto che la concessione del beneficio, riconosciuto a seguito di valutazione multidimensionale svolta in equipe**, avverrà a decorrere dal mese successivo alla sottoscrizione del progetto personalizzato e comunque compatibilmente alla disponibilità economica.

COMUNICA INOLTRE CHE

☐ in caso di concessione del beneficio inerente il progetto personalizzato, il **codice IBAN** su cui effettuare l'accredito e il titolare del conto corrente sono i seguenti:

Codice IBAN (27 caratteri)ù	Titolare Conto (deve coincidere con il caregiver)

☐ il recapito cui inviare ogni comunicazione è il seguente (se diverso da quello sopra indicato):

Via

SI IMPEGNA

☐ a comunicare tempestivamente ogni futura variazione delle informazioni fornite.

☐ in caso di decesso o ingresso in struttura residenziale della persona non autosufficiente, a darne tempestiva comunicazione al Sistema Locale Servizi Sociali.

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati	
(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)	
☑	verbale di invalidità attestante l'indennità di accompagnamento.

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Udine		
Luogo	**Data**	**Il dichiarante**