

Ambito Distrettuale Sociale n.07 “ Vastese ”



Ambito Distrettuale Sociale n. 07 “Vastese”
ECAD Comune di Vasto

Azienda ASL N° 02 di
LANCIANO VASTO CHIETI

- All’Ente Capofila di Ambito Distrettuale n. 07 “Vastese ”

**- Al Comune di residenza _____
Dell’ADS n. 07 VASTESE**

Oggetto: DOMANDA DI CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE – DPCM del 27 ottobre 2020

DATI DEL CAREGIVER

Il/la sottoscritto/a

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

Codice Fiscale

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

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

in via/piazza.....

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

IN QUALITÀ DI CAREGIVER del/la Sig/ra _____

C_E372 - - 1 - 2022-02-25 - 0013115

3- Che il familiare assistito si trova nelle seguenti condizioni (è possibile selezionare più casistiche):

- persona non in grado di prendersi cura di sé, 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
- 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, beneficiaria dell'indennità di accompagnamento, oppure definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013 e a cui è riconosciuta la rispettiva indennità;
- persona che non ha avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali legate all'emergenza SARS COV2, e che risultino in lista di attesa per l'accesso alle strutture residenziali;
- persona inserita in struttura residenziale in regime convenzionato, destinataria di programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento con il caregiver familiare;

4- aver preso visione dell'Avviso e di essere consapevole delle condizioni di INCOMPATIBILITA' per la fruizione dei contributi oggetto della presente istanza come in esso riportati, ai sensi di quanto previsto dalla DGR 589/2021.

DICHIARA INOLTRE:

- di CONVIVERE** con la persona assistita
- di impegnarsi a convivere con la persona assistita dal momento della deistituzionalizzazione e di essere consapevole che l'erogazione dell'eventuale contributo economico potrà decorrere solo dalla data di rientro in famiglia della persona assistita**

(N.B. BARRARE LA CONDIZIONE CHE RICORRE)

- di avere preso atto e accettare integralmente i criteri e le condizioni di erogazione del contributo di cui alla DGR n. 589 del 20.09.2021.

Ambito Distrettuale Sociale n.07 “ Vastese ”

- titolo di soggiorno se cittadino straniero;
- fotocopia documento di identità in corso di validità del familiare assistito;
- titolo di soggiorno se cittadino straniero;
- certificazione di disabilità/non autosufficienza della persona assistita
- certificazione ISEE della persona assistita, in corso di validità;
- attestazione della presenza in struttura sociosanitaria/sanitaria della persona assistita
- Dichiarazione di impegno ad attivare l'iter per la predisposizione del progetto assistenziale personalizzato finalizzato alla deistituzionalizzazione della persona assistita che potrà dare luogo alla concessione del contributo economico.

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
