



AMBITO
SOCIO-TERRITORIALE
LAGONEGRESE POLLINO

COMUNE DI VIGGIANELLO
SOCIO TERRITORIALE N. 2 LAGONEGRESE



Calvera, Carbone, Castelluccio Inferiore, Castelluccio Superiore, Castelsaraceno, Cersosimo, Chiaromonte, Episcopia, Fardella, Francavilla In Sinni, Lagonegro, Latronico, Lauria, Maratea, Nemoli, Noepoli, Rivello, Roccanova, Rotonda, San Costantino Albanese, San Paolo Albanese, San Severino Lucano, Senise, Teana, Terranova di Pollino, Trecchina, Viggianello

**CONTRIBUTO ECONOMICO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL
CAREGIVER FAMILIARE**

Schema di domanda (Allegato A)

Al Responsabile dei Servizi Sociali del Comune di _____

Prot. n° _____ del _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____ Prov. _____
residente a _____ Prov. _____ in Via/P.zza _____ n° _____
CAP _____ cell. _____ email _____ codice fiscale _____

VISTO l'Avviso Pubblico dell'Ambito Socio Territoriale n. 2 "Lagonegrese – Pollino" approvato con Determinazione Dirigenziale n. _____ del _____

in qualità di Caregiver familiare di:

Nome e Cognome _____ nato/a il _____ a _____ Prov. _____
residente a _____ Prov. _____ in Via/P.zza _____ n° _____
CAP _____ cell. _____ email _____ codice fiscale _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000:

- di essere formalmente identificato/a come Caregiver familiare da almeno sei mesi antecedenti alla data di pubblicazione dell'Avviso;
- di essere maggiorenne e residente nella Regione Basilicata;
- di aver presentato un ISEE Ordinario in corso di validità del nucleo familiare;
- di non aver ricevuto il finanziamento nel precedente Avviso, pur essendo stato/a incluso/a nella relativa graduatoria.

DICHIARA INOLTRE

- che la persona assistita è (*barrare la voce corrispondente alla condizione della persona assistita*):
 - ☐ in condizioni di disabilità gravissima, così come definita dall'art. 3 del decreto 26 settembre 2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (pubblicato in G.U. il 30 novembre 2016, n. 280);
 - ☐ affetta da disabilità grave ai sensi della L. 104/92 art. 3, comma 3.
- di essere in possesso dei seguenti ulteriori requisiti per l'accesso al contributo (*barrare la voce corrispondente alla propria condizione*):
 - ☐ essere Caregiver di persona coinvolta in programmi di accompagnamento per la deistituzionalizzazione e il ricongiungimento con l'assistito;
 - ☐ svolgere attività di assistenza continuativa da un lungo periodo di carico assistenziale;



AMBITO
SOCIO-TERRITORIALE
LAGONEGRESE POLLINO

COMUNE DI VIGGIANELLO
SOCIO TERRITORIALE N. 2 LAGONEGRESE



Calvera, Carbone, Castelluccio Inferiore, Castelluccio Superiore, Castelsaraceno, Cersosimo, Chiaromonte, Episcopia, Fardella, Francavilla In Sinni, Lagonegro, Latronico, Lauria, Maratea, Nemoli, Noepoli, Rivello, Roccanova, Rotonda, San Costantino Albanese, San Paolo Albanese, San Severino Lucano, Senise, Teana, Terranova di Pollino, Trecchina, Viggianello

- ☐ essere inoccupato/a o disoccupato/a, in quanto la condizione di Caregiver ha impedito l'accesso al lavoro;
- ☐ essere stato/a costretto/a ad interrompere l'attività lavorativa (licenziamento) e/o a usufruire di aspettativa non retribuita o di frequenti permessi lavorativi per la cura del familiare;
- ☐ essere un/una Caregiver monoparentale;
- ☐ appartenere a un nucleo familiare monoreddito;

CHIEDE

il contributo economico una tantum pari ad **euro 500,00** per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del Caregiver familiare (ai sensi dell'art. 1, comma 254 della Legge n. 205 del 30 dicembre 2017);

- **che la liquidazione del contributo economico in proprio favore venga effettuata mediante accredito bancario, su istituto di credito _____**

IBAN _____

Luogo, _____ Data ____/____/____

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

Allega:

- per i Caregiver familiari di persone in condizioni di disabilità gravissima: certificazione medico-specialistica rilasciata dalle strutture sanitarie, che attesti almeno una delle condizioni indicate negli allegati 1 e 2 del Decreto 26 settembre 2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.
- per i Caregiver familiari di persone con disabilità grave, la copia della certificazione che attesti la connotazione di gravità (ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 3) da parte della Commissione Medica della ASL.

Documentazione comune a entrambe le categorie di beneficiari:

- copia del certificato di invalidità che attesti la condizione di non autosufficienza, come definito nell'allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013;
- autocertificazione ai sensi del D.P.R. 445/2000 che attesti l'assistenza diretta al familiare;
- autocertificazione ai sensi del D.P.R. 445/2000 che attesti l'appartenenza allo stesso stato di famiglia da almeno sei mesi antecedenti alla data di pubblicazione dell'Avviso;
- documento di identità valido del Caregiver;
- ISEE Ordinario in corso di validità del nucleo familiare;
- attestazione bancaria che riporti il codice IBAN intestato al Caregiver richiedente il beneficio.

Informativa relativa al trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR - Regolamento Generale sulla Protezione dei dati e del Codice della Privacy italiano, come modificato dal D.lgs. 101/2018, i dati personali forniti dai richiedenti saranno raccolti e trattati con o senza ausilio di mezzi elettronici, secondo quanto indicato nell'informativa dell'Avviso stesso di cui il sottoscritto dichiara la presa visione ed accettazione.

Data _____

Il Dichiarante

(firma leggibile)

Ufficio di Piano - Loc. Anzoleconte, snc - C.A.P 85040 - Viggianello (PZ)
Tel. 0973-664012 - E-mail: ufficiodipiano@ambitoviggianello.it - coordinatore@ambitoviggianello.it
Pec: ambito_lagonegrese_pollino@pec.it - P.I.00266470764 - C.F.84002150765