

**Amministrazione destinataria**

Comune di Tarcento

Ufficio destinatario

Servizio Sociale

Domanda di accesso al contributo a sostegno del ruolo di cura ed assistenza del caregiver familiare

Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

che la situazione segnalata venga valutata in UVM (Unità di Valutazione Multiprofessionale) per l'elaborazione del progetto personalizzato, ai sensi della DGR n. 391/2024 e del D.P.Reg.089/Pres del 10/07/2024

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

familiare o affine entro il secondo grado

Specificare

familiare entro il terzo grado nei soli casi indicati articolo 33, comma 3, della Legge n. 104/1992

Specificare

coniuge o una delle parti dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o convivente di fatto

- che il soggetto a cui fornisce assistenza è così identificato

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune								<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			

- di essere in possesso di attestazione ISEE in corso di validità

Importo	Data di rilascio	Data di scadenza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
€		

- di non aver beneficiato dello stesso contributo nelle tornate di finanziamento precedenti
- di essere il solo caregiver a chiedere il contributo
- che il soggetto a cui viene fornita assistenza è consenziente nei confronti del lavoro di cura e assistenza del caregiver familiare
- che il soggetto a cui si fornisce assistenza

- è persona titolare di Indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980 n. 18 come da verbale della Commissione

Data di rilascio verbale

- è persona riconosciuta in condizione di handicap grave ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della L. 104/92 come da verbale della Commissione

Data di rilascio verbale

- a causa di malattia o infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non è autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé (valutazione della non autosufficienza effettuata con scheda Val.Graf.FVG-2019)

- che ai fini dell'accesso alla misura con carattere di priorità, la persona assistita

- si trova in condizione di disabilità gravissima, così come definita dall'art. 3 del Decreto Ministeriale del 26/9/2016

- è inserita in un programma di accompagnamento finalizzato alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita

- relativamente ai seguenti contributi a sostegno della domiciliarità

Contributi

- fondo per l'Autonomia Possibile e per l'assistenza a lungo termine – FAP (Legge regionale n. 6/2006, articolo 41)

- l'assistito non si trova in lista di attesa per ottenere il contributo del fondo per l'Autonomia Possibile e per l'assistenza a lungo termine – FAP (Legge regionale n.6/2006, articolo 41)

DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza dei vincoli per l'accesso ai benefici così come stabiliti dal Regolamento regionale approvato con DPRReg. 10/07/2024, n. 089/Pres e ss.mm.ii
- 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
- di aver preso atto dell'informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, allegata alla presente domanda

- a comunicare tempestivamente ogni variazione delle informazioni fornite
- a dare tempestiva comunicazione al Servizio Sociale in caso di decesso o di ingresso della persona assistita in struttura protetta

COMUNICA

le seguenti coordinate

Coordinate bonifico

bonifico bancario

Intestatario del conto corrente (*)

IBAN (**)

bonifico postale

Intestatario del conto corrente (*)

IBAN (**)

(*) il conto corrente deve essere intestato o cointestato al richiedente

(**) non sono validi iban di libretti postali

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- copia del certificato di invalidità civile
- copia certificazione ai sensi della legge 104/92
- copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati

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.

Tarcento

Luogo

Data

il dichiarante