**Allegato A1**

Al Dirigente

Settore Welfare

Comune di Reggio Calabria

PEC: protocollo@postacert.reggiocal.it

**Oggetto: Domanda di partecipazione *“Avviso pubblico per l’accesso al contributo economico destinato ai caregiver familiari, al fine di dare sostegno e sollievo al ruolo di cura e assistenza – D.G.R. 565/2021”***

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA (AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000)

Il/La sottoscritto/a (Cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( ),

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

cell.\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

e-mail\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Consapevole che la falsità in atti e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e che, laddove dovesse emergere la non veridicità di quanto qui dichiarato, si avrà la decadenza dai benefici eventualmente ottenuti ai sensi dell’art. 75 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e l’applicazione di ogni altra sanzione prevista dalla legge, nella predetta qualità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

**DICHIARA**

* Di essere il caregiver familiare che fornisce assistenza continuativa prevalente e globale presso l’abitazione del/la sig./ra:

(nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) CAP\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Grado di parentela con la persona assistita;
* Di essere in possesso di cittadinanza italiana, ovvero essere in possesso di regolare permesso di soggiorno (di durata superiore a sei mesi)
* di essere residente nel Comune di Reggio Calabria
* di aver compiuto 18 anni di età ed essere in condizione di autosufficienza;
* di avere acquisito il consenso della persona a cui presto assistenza, di un suo amministratore di sostegno, tutore o curatore;
* di rientrare in una delle seguenti fattispecie tipologie di intervento (*barrare con una x):*

**1. Caregiver di persone in condizione di disabilità gravissima, come definita all'art. 3 del DM 26 settembre 2016, (***comprovata da idonea documentazione di cui all’art. 2 comma 2 del presente Avviso***)**

* 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 di cui alla L. 104/92, art. 33;
* caregiver familiari monoreddito o (nuclei monoparentali nucleo familiare composto da un solo genitore)

**2) Caregiver di persona che non ha avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali, (***comprovata da idonea documentazione di cui all’art. 2 comma 3 del presente Avviso).*

* caregiver di persone che non hanno avuto altre risposte assistenziali, quali ad esempio il contributo previsto dall'avviso per il sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia, a valere sui fondi erogati dalle ASP in merito alle disabilità gravissime
* caregiver non beneficiari di congedi straordinari retribuiti di cui alla L. 104/92, art. 33
* caregiver familiari monoreddito o (nuclei monoparentali composti da un solo genitore)

**3) Presenza programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita (***comprovata da idonea documentazione di cui all’art. 2 comma 4 del presente Avviso)* **.**

* 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
* che nel proprio nucleo familiare (*barrare con una x)*:
* è presente almeno un disabile (art. 3 comma 3 L. 104/1992) ulteriore rispetto al disabile gravissimo assistito;
* è presente esclusivamente il caregiver familiare ed il disabile gravissimo NA;
* non ricadente nei casi precedenti, è presente almeno un minore diverso dal disabile gravissimo assistito;
* è presente almeno una persona anziana (=>65 anni) diverso dal disabile gravissimo assistito.
* che il nucleo familiare del caregiver è cosi composto:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome e nome | Data e luogo di nascita | Grado di parentela |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* inoltre dichiara di (*barrare con una x ):*
* essere percettore di altro assegno di cura, finalizzato a sostenere le funzioni assistenziali dei genitori che si assumono in proprio l'onere dell'assistenza alla persona di minore età con disabilità gravissima pari ad euro \_\_\_\_\_\_\_mensili;
* essere percettore di assegno di cura pari ad euro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mensili;
* non essere percettore di assegno di cura ;
* di aver preso visione dell’Avviso Pubblico di cui all’oggetto e di essere consapevole che il contributo spettante sarà riconosciuto per un massimo di 12 mesi. In ogni caso in presenza di altri contributi, la somma di euro 400,00 può essere ridotta, fino alla concorrenza massima di tutti i contributi percepiti pari a euro 1.200,00 mensili (esempio: nel caso di altri contributi percepiti pari a € 1.000,00, l’assegno di cura riconoscibile sarà di € 200,00). Tale tetto è ridotto ad € 1.000,00 mensili quando la persona è già beneficiaria di un assegno di cura finalizzato a sostenere le funzioni assistenziali dei genitori che si assumono in proprio l’onere dell’assistenza alla persona di minore età con disabilità gravissima.

**CHIEDE**

di poter accedere al contributo previsto per la figura del caregiver familiare ai sensi della DGR n.565/2021.

**A tal proposito di seguito viene rilasciato il CONSENSO DELLA PERSONA ASSISTITA o di un suo amministratore di sostegno, di un suo tutore o curatore**

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Da il proprio consenso al proprio caregiver \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_per la presentazione della domanda di accesso al “contributo economico di sostegno al ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare” (DGR 565/2021).

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dell’assistito\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SI COMUNICA**

Che il c/c su cui versare il contributo a seguito di ammissione ha il seguente IBAN:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*N.B. L’iban deve essere intestato al richiedente e/o cointestato*

**SI AUTORIZZA**

il Comune di Reggio Calabria al trattamento dei dati personali forniti nel corso delle procedure legate al presente Avviso, esclusivamente per le finalità relative al procedimento amministrativo per il quale essi vengono comunicati e per finalità gestionali e statistiche, secondo le modalità previste dalle leggi e dai regolamenti vigenti, anche mediante l’ausilio di mezzi elettronici o automatizzati, ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (art. 13 del Regolamento (UE) n. 2016/679 – “G.D.P.R. 2016/679”), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Indica quale referente per la seguente procedura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Cell\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allegano alla presente:

1. ISEE del caregiver familiare in corso di validità, completa di dichiarazione sostitutiva unica (DSU), rilasciata ai sensi del D.P.C.M. n. 159 del 05/12/2013 e relativi decreti attuativi;
2. Copia di un valido documento di identità del richiedente ed assistito;
3. Copia di eventuale decreto di nomina di curatela, tutela o amministratore di sostegno;
4. Condizione di disabilità e di non autosufficienza, previa certificazione medico legale (L. 104/92), redatta dalla Commissione di accertamento Handicap che definisce la gravità della condizione.
5. Ogni altra documentazione ritenuta valida ai fini della stesura della graduatoria

(Luogo e data) Firma del caregiver

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

 Firma dell’assistito

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