



Unione di Comuni
Città - Territorio Val Vibrata
64015 Nereto (TE)
Sede Amministrativa in Via T. Tasso snc
Sant'Omero (TE)
P.I.: 01438600676 – Tel/fax: 0861 851825

Presenza di rete di familiari parzialmente adeguata (specificare i motivi)

.....

.....

Presenza di rete di familiari inadeguata (specificare i motivi)

.....

.....

2.4 -Assistenza svolta dal caregiver o da altra figura:

UNIONE DI COMUNI CITTA' TERRITORIO VAL VIBRATA Prot. n. 0000881 del 25-02-2022 - arrivo

3- Attualmente usufruisce dei seguenti servizi:

Tipologia Servizi	Erogatore	h. settimanali	Contributo (mensile)
<input type="checkbox"/> Servizio assistenza Domiciliare - SAD			
<input type="checkbox"/> Assistenza Infermieristica Domiciliare			
<input type="checkbox"/> Assistenza Programmata Domiciliare (ADP - Medico Curante)			
<input type="checkbox"/> Servizio di Aiuto alla Persona			
<input type="checkbox"/> P.L.N.A.			
<input type="checkbox"/> Assegno di Cura e Assistenza			
<input type="checkbox"/> Trasporto			



Unione di Comuni
Città - Territorio Val Vibrata
64015 Nereto (TE)
Sede Amministrativa in Via T. Tasso snc
Sant'Omero (TE)
P.I.: 01438600676 – Tel/fax: 0861 851825

<input type="checkbox"/>	Buoni Servizio			
<input type="checkbox"/>	Disponibilità di obiettori di Coscienza/Volontariato			
<input type="checkbox"/>	Centro Diurno / Laboratorio			
<input type="checkbox"/>	Inserimento Lavorativo / Formativo			
<input type="checkbox"/>	Servizio Socio Assistenziale Scolastico e/o Socio Educativo Scolastico e/o Extra Scolastico			
<input type="checkbox"/>	Contributo SLA / Dipendenza Vitale			
<input type="checkbox"/>	prestazione servizio ai sensi dell'Home Care Premium (HCP)			
<input type="checkbox"/>	beneficio economico ai sensi dell'Home Care Premium (HCP)			
<input type="checkbox"/>	Assistenza economica (specificare tipologia) -----			
<input type="checkbox"/>	Altro:			

4- Di trovarsi 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, che si è sottoposto a valutazione positiva da parte dell'U. V. M. presso il Distretto Sanitario di _____, in data _____;
- persona beneficiaria dell'indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n.18;
- persona definita non autosufficiente ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013 e a cui è riconosciuta la rispettiva indennità;

5- Di aver preso visione dell'Avviso e di essere consapevole delle condizioni di INCOMPATIBILITA' per la fruizione dei contributi oggetto della presente istanza, e DICHIARA di NON ESSERE ASSEGNATARIO dei seguenti benefici:

- a) Contributo per i genitori caregiver dei minori con malattia rara e disabilità gravissima ex Avviso regionale anno 2021 approvato con DGR n. 687 del 2/11/2021,
- b) Contributo per la Vita Indipendente di cui alla L. R. 57/2012 annualità 2020 in cui progetto è ancora in corso o annualità 2021 o di interventi analoghi attuati con fondi nazionali,



Unione di Comuni
Città - Territorio Val Vibrata
64015 Nereto (TE)
Sede Amministrativa in Via T. Tasso snc
Sant'Omero (TE)
P.I.: 01438600676 – Tel/fax: 0861 851825

c) Assegno disabilità gravissima o similari contributi economici per importi pari o superiori a complessivi € 1.200,00 mensili;

6- di essere consapevole che l'erogazione del contributo:

- è condizionata all'effettiva permanenza a domicilio della persona non autosufficiente e che in nessun caso è previsto l'intervento se la persona assistita risulta lungodegente o accolta stabilmente presso strutture residenziali all'atto della richiesta;
- si interrompe se il ricovero della persona assistita si protrae oltre i 40gg; è ripristinato al rientro della persona assistita nella casa familiare.

DICHIARA INOLTRE CHE:

Il caregiver lo assiste in maniera continuativa; è residente/ domiciliato in uno dei Comuni dell'Ambito sociale Val vibrata ed è:

- convivente con il sottoscritto/persona assistita
- residente nello stesso Comune del sottoscritto/persona assistita
- residente in un Comune diverso (specificare) _____
- che **NON** si trova in costanza di fruizione del congedo straordinario annuale/biennale retribuito per l'assistenza del sottoscritto/della persona assistita.

Ai fini della valutazione della domanda dichiara di avere preso atto e di accettare integralmente i criteri e le condizioni di erogazione del contributo di cui alla DGR n. 589 del 20.09.2021 e DICHIARA che ricorre una delle seguenti caratteristiche in ordine alle priorità di intervento individuate:

- Genitore caregiver che assiste il figlio/la figlia minore in situazione di disabilità gravissima come definita all'art. 3 del DM 26/9/2016,
- Genitore caregiver che assiste il figlio/la figlia minore in situazione di disabilità gravissima come definita all'art. 3 del DM 26/9/2016, privo dell'altro genitore,
- Coniuge Caregiver in età avanzata (68 anni e oltre) senza figli, convivente della persona assistita
- Caregiver in giovane età (maggiormente con età fino a 32 anni compiuti), convivente con la persona assistita, che assiste il genitore vedovo o separato ovvero il fratello/la sorella, senza ulteriore sostegno familiare e risulti inoccupato o disoccupato.

(N.B. BARRARE SOLO SE RICORRE UNA DELLE CONDIZIONI SOPRA INDICATE)

DICHIARA inoltre di essere consapevole che l'erogazione del contributo è subordinata alla sottoscrizione di un apposito Accordo di fiducia tra la persona assistita ammessa a contributo, o la persona che ne tutela gli interessi, il caregiver familiare e l'ECAD di riferimento in cui siano

