



Sede legale:
Via Circonvallazione, 54/b - 10015 Ivrea (TO)
Tel. 0125-646111 Fax 0125-646190
consorzio@inrete.to.it
consorzio@pec.inrete.to.it
C.F./P.IVA 07949370014

DGR 3-3084 del 16/04/21 – ALLEGATO A
RICHIESTA DI INTERVENTI A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA
E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE

Da compilare a cura del caregiver

Autodichiarazione ai sensi degli art. 46-47 del DPR n. 445/2000

Consapevole della decadenza dai benefici concessi e delle conseguenze penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci (artt. 75 e 76 del DPR sopra citato), sotto la propria responsabilità

Il/La sottoscritto/a..... nato/a ail

Residente a, in via

Codice Fiscale

Telefono e-mail

CHIEDE

di essere ammesso al contributo straordinario per caregiver familiari di cui alla DGR 3-3084/2021 – “ALLEGATO A”

DICHIARA CHE

il/la sig./sig.ra

(indicare grado di parentela o relazione)

nato/a ailResidente a,

in via Codice Fiscale

1. è già stato valutato dalla commissione UVG/UMVD ed è inserito in graduatoria per un progetto:

☐ Domiciliare/Semiresidenziale;

Andrate Azeglio Baldissero C.se Banchette Borgofranco d'Ivrea Brosso Caravino Carema Cascinette d' Ivrea Colletterto Giacosa Cossano C.se Fiorano C.se Issiglio Ivrea Lessolo Loranze Montalto Dora Nomaglio Palazzo C.se Parella Pavone C.se Piverone Quagliuzzo Rueglio Salerano C.se Samone Settimo Rottaro Settimo Vittone Strambinello Torre C.se Traversella Valchiusa Val di Chy Vidracco Vistrorio Unione Collinare della Serra (Albiano d'Ivrea Bollengo Burolo Chiaverano) Unione Montana "Dora Baltea" (Quassolo Quincinetto Tavagnasco)

☐ Residenziale.

2. Si trova nelle seguenti condizioni (è possibile selezionare più caselle):

- ☐ persona in condizione di disabilità gravissima (art 3 Decreto del Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali n. 280/2016). Nel caso di una valutazione che non riporti tale indicazione, il Consorzio provvederà a richiederla direttamente alle Unità di Valutazione competenti;
- ☐ persona che non ha avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali per i seguenti motivi (comprovata da idonea documentazione);
- ☐ persona inserita in struttura residenziale in regime convenzionato, destinataria di programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita;
- ☐ persona che non si trova attualmente in una struttura residenziale in regime non convenzionato (regime privato);
- ☐ persona rientrata presso il domicilio in data dopo un periodo di inserimento in struttura residenziale (dal al presso la struttura);
- ☐ persona che non usufruisce dei contributi/interventi previsti da:
 - D.G.R. 51-8960/2019 (progetti di vita indipendente);
 - D.G.R. 23-3624/2012 e 39-640/2014 (interventi domiciliari a persone affette da SLA);
 - D.G.R. 3-2257/2020 (Fondo per la Non autosufficienza);
 - il contributo straordinario FNA di cui all'allegato B, della D.G.R. n. 3-3084 del 16 aprile 2021.

3. In qualità di caregiver in maniera continuativa del mio congiunto non autosufficiente sono:

- ☐ convivente;
- ☐ residente nello stesso Comune;
- ☐ residente in un Comune distante al massimo 20 km (sempre in Italia).

4. Di essere consapevole che il contributo è condizionato all'effettiva permanenza a domicilio della persona non autosufficiente.

DICHIARA ALTRESI'

☐ che nessun familiare si trova in congedo straordinario ex legge 104 per prestare assistenza al mio congiunto

Oppure:

☐ che il seguente familiare grado di parentela si trova in congedo straordinario ex legge 104 per prestare assistenza al congiunto

☐ Di essere nucleo monoparentale

☐ Di essere famiglia monoreddito

- ☐ Di avere preso atto e accettare integralmente i criteri e le condizioni di erogazione del contributo di cui alla DGR 3-3084/2021
- ☐ Che la persona assistita è in possesso di attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità che si allega alla presente. (Si allega ISEE della persona non autosufficiente)

DICHIARA INOLTRE DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE

- potranno essere eseguiti dei controlli, anche a campione, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rilasciate secondo quanto previsto dalla normativa vigente e per gli effetti dalla stessa stabiliti, ivi inclusa la decadenza o la revisione dal beneficio concesso;
- in caso di attivazione di interventi a sostegno della domiciliarità, il contributo verrà sospeso.

COMUNICA i seguenti dati ai fini della riscossione del contributo (se spettante)

Accredito su conto corrente intestato a (cognome e nome del caregiver)

.....

Codice Fiscale

IBAN :

(si consiglia di allegare anche copia di un documento della banca in cui sia riportato il codice IBAN, al fine di poter gestire eventuali errori o illeggibilità del codice indicato)

....., li

Il caregiver

Si allega

- ✓ la copia fotostatica del documento di identità e del codice fiscale del caregiver e della persona assistita;
- ✓ l'attestazione ISEE Socio Sanitario, in corso di validità, della persona assistita.