

Interventi a supporto del caregiver familiare**MODELLO A2**

Al Comune di _____
da trasmettere all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B

**“Interventi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell’attività di cura del caregiver familiare”.
Istanza di accesso agli interventi – annualità 2025/2026.**

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
e-mail _____
domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
Codice fiscale _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

in qualità di

- ☐ caregiver familiare già formalmente riconosciuto dall'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD) del Distretto Sociale B - Frosinone
- ☐ caregiver familiare da riconoscere in sede di UVMD del Distretto Sociale B - Frosinone

di (inserire dati dell'assistito): (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
e-mail _____
domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
Codice fiscale _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Grado di parentela (rispetto al caregiver familiare) _____

- ☐ Convivente (rispetto al caregiver familiare)
- ☐ Non convivente (rispetto al caregiver familiare)

CHIEDE

nel rispetto dei requisiti richiesti e dei criteri di priorità di cui alla Nota informativa pubblicata e alle relative schede descrittive delle singole misure, di poter accedere alla/alle seguente/i misura/e ai sensi della vigente legislazione regionale. (E' possibile barrare più opzioni. Le misure di seguito indicate non sono incompatibili e possono essere cumulate).

- ☐ **(1)INTERVENTI DISTRETTUALI DI SOLLIEVO PROGRAMMATO TRAMITE UNITA' DI OFFERTA RESIDENZIALE** attraverso i quali i servizi territoriali , con la condivisione del caregiver familiare individuano la struttura ritenuta maggiormente rispondente al bisogno individuale e alla durata programmata del servizio di sollievo.
- ☐ **(1a)INTERVENTI DISTRETTUALI DI SOLLIEVO PROGRAMMATO IN AMBITO INTRAFAMILIARE (DOMICILIARE)** da attivare nella modalità diretta (assistenza fornita dai servizi territoriali) o indiretta attraverso la libera scelta da parte dell'utente/caregiver familiare dell'assistente alla persona o dell'operatore professionale.
- ☐ **(2)PROGRAMMI DISTRETTUALI DI ACCOMPAGNAMENTO FINALIZZATI ALLA DEISTITUZIONALIZZAZIONE E AL RICONGIUNGIMENTO DEL CAREGIVER FAMILIARE CON L'ASSISTITO O A PREVENIRE L'ISTITUZIONALIZZAZIONE DEL MEDESIMO ASSISTITO** finalizzati ad assicurare il trasferimento di persone con disabilità o non autosufficienti dalle strutture alla vita nella comunità per il ricongiungimento con il caregiver familiare o volti a garantire la permanenza dell'assistito presso il proprio domicilio.
- ☐ **(3)BUDGET PERSONALE DEL CAREGIVER FAMILIARE** finalizzato al riconoscimento di un contributo economico a fondo perduto destinato a sostenere il caregiver familiare nelle spese connesse alla cura della propria persona, al tempo libero, alla formazione e all'aggiornamento professionale presso centri autorizzati o accreditati della Regione Lazio. Ai fini dell'eventuale erogazione della misura il richiedente dovrà sottoscrivere uno specifico atto di responsabilità/impegno (Allegato 1_Caregiver_ dichiarazione di impegno all'uso conforme del budget personale del caregiver familiare).
- ☐ **(4)FORMAZIONE DEL CAREGIVER FAMILIARE** finalizzata al corretto svolgimento dell'attività di cura e assistenza mediante l'accesso a corsi gratuiti.
- ☐ **(5)PERCORSI DISTRETTUALI DI SOSTEGNO PSICOLOGICO INDIVIDUALE O DI GRUPPO** finalizzati a garantire al caregiver familiare un adeguato supporto nella gestione dello stress psicologico/emotivo anche in un'ottica di prevenzione su valutazione professionale e con decisione pienamente condivisa dal caregiver familiare stesso.

A tal fine DICHIARA

(ai sensi degli artt. 45 e 46 D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, DPR n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto DPR)

[] di trovarsi nella condizione (status) di caregiver familiare così come definito dall'art. 2 della Legge Regionale n. 5/2024 "Il caregiver familiare, ai sensi dell'articolo 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, relativo al caregiver familiare, è la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76 (Regolamentazione delle unioni civili tra persone dello stesso sesso e disciplina delle convivenze) e successive modifiche, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero nei soli casi indicati dall'articolo 33,

comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate) e successive modifiche, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e i grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continuità di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della L. 104/1992 o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18 (Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili) e successive modifiche.

Consapevole dell'obbligo di rendere tutte le dichiarazioni poste a seguire per consentire il corretto svolgimento delle procedure di valutazione dell'istanza da parte dell'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD) del Distretto Sociale B - Frosinone,

DICHIARA altresì

[] di essere consapevole che, in caso di elevato numero di richieste e dotazione finanziaria insufficiente, per l'accesso alle misure indicate in precedenza, si terrà conto dei seguenti criteri di priorità:

- a) situazione familiare (esempio convivenza del caregiver familiare o unico parente della persona con disabilità/non autosufficiente) e professionale del caregiver familiare, nell'ottica dell'intera rete di supporto nell'attività di assistenza;
- b) valutazione professionale (UVMD) del carico di cura. Il carico è commisurato alla gravità delle condizioni della persona assistita, all'intensità dell'impegno, alla convivenza, agli impegni di cura del caregiver familiare prolungati nel tempo per sostenere, quotidianamente, ed assistere la persona con disabilità congenita o acquisita in giovane età;
- c) eventuale compresenza di altri servizi socio assistenziali attivi, da PPA, in favore della persona con disabilità o non autosufficiente;
- d) ISEE del caregiver familiare.

[] di impegnarsi, in caso di ammissione alla/alle citata/e misura/e, a dare tempestiva comunicazione all'Ufficio di Piano, in caso di eventuale ricovero o di decesso dell'assistito nei confronti del quale si prestano attività di cura e di assistenza;

[] di essere a conoscenza che le misure di cui trattasi potranno essere assegnate, agli aventi diritto, a decorrere dalla data in cui il Distretto Sociale B disponga delle risorse necessarie a soddisfare le singole richieste secondo i previsti requisiti ed i citati ordini di priorità;

[] di aver preso visione dell'**Informativa sul trattamento dei dati personali** allegata al presente Modello di domanda;

[] che lo stato di famiglia del richiedente/caregiver familiare è il seguente:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

Luogo e data _____

Firma del richiedente caregiver familiare

ALLEGA

- [] Scheda di certificazione Medico Legale INPS dell'assistito, attestante la sussistenza della condizione di non autosufficienza ai sensi della L. 508/88 (Indennità di accompagnamento) o di disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3 della L. 104/92;
- [] Attestazione ISEE regolare e in corso di validità del richiedente/caregiver familiare;
- [] Richiesta di riconoscimento dello *status* di caregiver familiare (*Modello Allegato A1*) debitamente compilata e sottoscritta dal richiedente e dall'assistente sociale del Comune di residenza (solo per coloro che non siano già stati formalmente riconosciuti in sede di UVMD);
- [] Dichiarazione di responsabilità/impegno in merito all'uso conforme del "Budget personale del caregiver familiare", quindi non per spese di cui è esclusa l'ammissibilità (*Allegato 1*) per i soli richiedenti della misura "Budget personale del caregiver familiare";
- [] Copia del documento di identità in corso di validità e del C.F. del richiedente /caregiver familiare;
- [] Copia del documento di identità in corso di validità e del C.F. dell'assistito;
- [] Copia del codice IBAN del richiedente/caregiver familiare delle misure volte alla valorizzazione del ruolo di cura ed assistenza del caregiver familiare (*non riferito al libretto postale*);
- [] Altro (*specificare*) _____

CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

Tel.* _____ E-mail* _____

***campi obbligatori**

Luogo e data _____

Firma del richiedente caregiver familiare
