



in via/piazza.....

CAP..... tel./cell.....

**2- Di avere con l'assistito il seguente rapporto di parentela o affinità entro il II grado:**

- coniuge                       unito civilmente                       convivente di fatto                       padre/madre  
 figlio/figlia                       fratello/sorella                       nuora                       genero  
 cognato

Oppure

**3- Di avere con l'assistito il seguente rapporto di parentela o affinità entro il III grado poiché i genitori o il coniuge (sottolineare la condizione che ricorre), hanno compiuto i 65 anni di età o sono affetti da patologie invalidanti\* o sono deceduti o mancanti:**

- nipote (linea collaterale)                       zio/a (linea collaterale)                       Bisnipote (linea retta)  
 bisnonno/a (linea retta)                       zio/a del coniuge

*\*allegare certificato che attesti le patologie invalidanti*

**4- Che il congiunto assistito si trova 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, beneficiaria dell'indennità di accompagnamento, oppure definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013 e a cui è riconosciuta la rispettiva indennità;  
 l'assistito è stato sottoposto a valutazione da parte dell'U. V. M. presso il Distretto Sanitario di \_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_, in quanto 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;

**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:**

- genitori caregiver dei minori con malattia rara e disabilità gravissima beneficiari del contributo erogato direttamente da Regione Abruzzo se in godimento nel medesimo periodo temporale a cui si riferisce l'erogazione del presente contributo di sollievo;
- caregiver dei soggetti assegnatari del contributo per la Vita Indipendente di cui alla L. R. 57/2012 o di interventi analoghi attuati con fondi nazionali (ad. es. Progetti Sperimentali di Vita indipendente finanziati con Fondi ministeriali) comunque in godimento nel medesimo periodo temporale a cui si riferisce l'erogazione del presente contributo di sollievo;
- caregiver familiari di disabili beneficiari di progetti finanziati con il fondo "Dopo di Noi";
- caregiver dei soggetti già assegnatari dell'Assegno disabilità gravissima o similari contributi economici per importi pari o superiori a complessivi € 1.200,00 mensili, se in godimento nel periodo temporale a cui si riferisce l'erogazione del presente contributo;

**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 di sollievo temporaneo della persona assistita si protrae oltre i 7gg.

7- Che l'**ISEE ordinario** del nucleo familiare, in corso di validità, è pari ad € .....

**DICHIARA INOLTRE CHE:**

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. 307/2023 e DICHIARA che ricorre una delle seguenti caratteristiche in ordine alle priorità di intervento individuate:

A. 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

B. Genitore caregiver che assiste il figlio/la figlia minore in situazione di disabilità gravissima come definita all'art. 3 del DM 26/9/2016

**(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 il caregiver familiare e l'ECAD di riferimento in cui siano esplicitate le modalità di fruizione del contributo di sollievo;



## Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445 )

Io Sottoscritta/o \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ ( ) in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**(dati dell'Assistito)**

Io Sottoscritta/o \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ ( ) in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**(dati di chi ne tutela gli interessi, da compilare solo in caso di incapacità dell'assistito)**

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

### **DICHIARO**

che il mio congiunto, convivente e residente con il sottoscritto, sig. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_,

il \_\_\_\_\_, CF \_\_\_\_\_ rappresenta di

fatto il caregiver familiare esclusivo o prevalente che presta nei miei confronti una assistenza continuativa.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del dichiarante  
(per esteso e leggibile)

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.