



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, Direzione centrale salute,
Servizio programmazione e sviluppo dei servizi sociali e
dell'integrazione e assistenza sociosanitaria



COMUNE
LATISANA

SERVIZIO SOCIALE DEI COMUNI – AREA ADULTI E ANZIANI

Allegato B)

Spazio riservato al protocollo

Marca

da bollo

€. 16,00

**AL SERVIZIO SOCIALE DEI COMUNI
DELL'AMBITO TERRITORIALE
RIVIERA BASSA FRIULANA**
Per tramite del comune di

**Richiesta di valutazione ai fini dell'accesso al beneficio a sostegno del ruolo di caregiver familiare
di cui al D.P.Reg. 089/2024 BUR n.30 del 24 luglio 2024 e s.m.i.**

Il/La sottoscritto/a.....

nato/a provincia/stato il

residente nel Comune di

in via/piazza n.

tel. Cell.

E-mail PEC

Codice fiscale

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

in qualità di

☐ coniuge

☐ altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso

☐ convivente di fatto

☐ familiare o di un affine entro il secondo grado

☐ familiare entro il terzo grado nei soli casi indicati dall'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104

del/la Sig./ra

nato/a provincia/stato il

residente nel Comune di

in via/piazza n.

tel. Cell.

E-mail PEC

Codice fiscale

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

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, di cui agli artt. 75 e 76 del richiamato D.P.R., quanto segue:

☐ di essere residente in Friuli Venezia Giulia;

☐ di essere il solo caregiver familiare, come definito ai sensi dell'art.1 comma 255 della legge n.205/2017, a chiedere il riconoscimento del presente contributo;

- ☐ di non aver presentato analoga domanda di accesso al presente contributo, presso altre amministrazioni;
- ☐ che altri caregiver familiari principali non abbiano già beneficiato, nelle tornate precedenti, del contributo in oggetto per il medesimo assistito;
- ☐ di non aver già fruito del beneficio di cui al Fondo Caregiver;
- ☐ di essere in possesso di un'attestazione I.S.E.E. di €;
- ☐ di aver presentato la D.S.U. ai fini del rilascio dell'attestazione I.S.E.E. in data;
- ☐ di acconsentire alla somministrazione della scheda Zarit Burden Interview per la valutazione del carico gravante sul caregiver;

- ☐ 1. è residente nel Comune di*;
- ☐ 2. è stata riconosciuta invalida ai sensi dell’art.3 comma 3 della legge 104/1992 – allegare documentazione;
- ☐ 3. è titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n.18 – allegare documentazione;
- ☐ 4. è in condizione di disabilità gravissima come definita dall’art.3 del D.M. 26 settembre 2016;
- ☐ 5. ha in atto un programma di deistituzionalizzazione o di ricongiungimento del caregiver;
- ☐ 6. NON beneficia del contributo Fondo per l’Autonomia Possibile e per l’assistenza a lungo termine – FAP (Legge regionale n. 6/2006, articolo 41);
- ☐ 7. NON si trova in lista d’attesa per ottenere il contributo del Fondo per l’Autonomia Possibile e per l’assistenza a lungo termine – FAP (Legge regionale n. 6/2006, articolo 41);

CHIEDE al Servizio Sociale dei Comuni

Coordinate bancarie

☐ Conto corrente Bancario

☐ Conto corrente Postale

Banca (o Poste Italiane Spa)

Filiale di

IBAN

DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza dei vincoli per l'accesso ai benefici così come stabiliti dal Regolamento regionale approvato con DPREg. del 10/07/2024 , n. 089/Pres e ss.mm.ii.;
- di essere a conoscenza del fatto che la concessione del beneficio, riconosciuto a seguito di valutazione multidimensionale svolta in equipe, avverrà a decorrere dal mese successivo alla comunicazione della concessione e comunque compatibilmente alla disponibilità economica;
- di aver preso atto dell'informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, allegata alla presente domanda;

SI IMPEGNA

- a comunicare tempestivamente ogni variazione rispetto alla condizione di caregiver familiare principale;
- a comunicare tempestivamente ogni variazione rispetto alla condizione della persona per la quale presta cure ed assistenza tale da far decadere il ruolo di caregiver familiare.

Luogo e data

Firma del richiedente.....

INFORMATIVA PRIVACY

Il/La Sottoscritto/a dichiara altresì (barrare le caselle)

☐ Di aver preso visione della relativa informativa presente nell'avviso pubblicato sul sito www.comune.latisana.ud.it nella sezione Informazioni utili → Servizio Sociale dei Comuni Ambito territoriale Riviera Bassa Friulana → Servizi e Interventi: Area Adulti Anziani → Caregiver.

☐ Di autorizzare il Servizio Sociale dei Comuni dell'Ambito territoriale Riviera Bassa Friulana – Comune di Latisana, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 13 del decreto legislativo 196/2003 e dell'articolo 13 e ss. del Regolamento UE n. 2016/679 (G.D.P.R.) in materia di protezione dei dati personali, a trattare i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale gli stessi vengono resi.

Luogo e data

Firma del caregiver.....

CONSENSO DELL'ASSISTITO

Il/La signor/a

nato/a a (Provincia/Stato) il

residente nel Comune di domiciliato a

in qualità di persona assistita/legale rappresentante della persona assistita è consenziente nei confronti del lavoro di cura e assistenza fornite dal caregiver familiare individuato.

Firma

COMPILAZIONE A CURA DEL L'UFFICIO RICEVENTE

Autenticazione di sottoscrizione ai sensi del D.Lgs 445/2000*

Attesto che il/la Sig./ra Nato/a a il.....
identificato/a mediante:

☐ conoscenza personale

☐ carta d'identità n.

☐ altro doc. di riconoscimento

ha apposto la sottoscrizione che precede in mia presenza

Luogo e data

Cognome e nome del funzionario incaricato

Firma del funzionario incaricato.....

Nel caso in cui la dichiarazione non sia firmata in presenza dell'incaricato addetto all'ufficio ricevente, allegare SEMPRE copia di documento di identità valido del dichiarante.

**Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2020, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata all'ufficio competente unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. Si informa che ai sensi e per gli effetti dell'articolo 13 del decreto legislativo 196/2003 e dell'articolo 13 e ss. del Regolamento UE n. 2016/679 (G.D.P.R.) i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici.*

INFORMAZIONI IN MERITO AL PROCEDIMENTO AMMINISTRATIVO

La presente domanda dà avvio ad un procedimento amministrativo il cui esito consisterà nell'invio di una comunicazione di accoglimento o di respingimento motivato della richiesta presentata.

ALLEGATI

☐ Fotocopia non autenticata della carta d'identità del richiedente e dell'assistito;

☐ Eventuali documenti che attestino la rappresentanza legale;

☐ Eventuale documentazione attestante la condizione di disabilità gravissima, così come definita dall'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016;

☐ Eventuale documentazione attestante un programma di deistituzionalizzazione dalla struttura residenziale (ricongiungimento del caregiver con la persona assistita);

☐ Eventuale copia del verbale di invalidità civile attestante il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento (L. 18/1980) e/o del verbale di accertamento dello stato di disabilità (L. 104/1992 art. 3 comma 3);

☐ Altri eventuali documenti:
