**BONUS IN FAVORE DEI CAREGIVER DELLE PERSONE CON DISABILITÀ INCLUSE IN PROGETTI DI CURE DOMICILIARI INTEGRATE ALLA DATA DEL 22/01/2021.**

**(D.G.R. Regione Campania n. 124 del 22/03/2021 – Intervento n. 3.1 Bonus)**

# ISTANZA DI ADESIONE

**DATI DEL CAREGIVER**

COGNOME: NOME

M.: □ F: □ COMUNE DI RESIDENZA: CAP

INDIRIZZO DI RESIDENZA NR. CIVICO:

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | |

DOC. DI IDENTITÀ N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RILASCIATO DA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TEL./ CELLULARE EMAIL/PEC

TITOLO DI STUDIO:  Nessuno;  Licenza elementare/media inferiore;  Diploma;  Laurea o superiore;

STATO OCCUPAZIONALE:  Occupato/a;  Disoccupato/a;  Inattivo/a;

GRADO DI PARENTELA AI SENSI DELL'ART. 1 COMMA 255 L. 205/2017

* Coniuge;  Genitore;  Figlio/a;  Convivente di fatto;  Parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso;
* Familiare secondo grado ( )  Affine secondo grado ( )

**DATI DELLA PERSONA DISABILE**

COGNOME: NOME

M.: □ F: □ COMUNE DI RESIDENZA: CAP INDIRIZZO DI RESIDENZA NR. CIVICO:

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | |

DOC. DI IDENTITÀ N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RILASCIATO DA TEL./ CELLULARE EMAIL/PEC

TIPOLOGIA DISABILITA’

* Disabilità grave: Per disabilità grave si intende quella con riconoscimento di gravità ai sensi della L. 104/93 art. 3 c. 3 e valutazione in UVI con strumenti in uso (SVAMA o SVAMDI) e Barthel con punteggio minimo di 55.
* Disabilità gravissima: Per disabilità gravissima si intende, ai sensi dell'art. 3 del DPCM 26/9/2016 la condizione di persone beneficiarie di indennità di accompagnamento di cui alla legge 11/2/80 o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013, e valutazione in UVI con strumenti in uso (SVAMA o SVAMDI) e per una delle condizioni di cui al medesimo art. 3 del DPCM 26/9/2016 con punteggio ivi indicato.

RICONOSCIMENTO INVALIDITA' AL 100% :  SI  NO

DATA DECORRENZA INVALIDITA': DAL AL

RICONOSCIMENTO INDENNITA’ DI ACCOMPAGNAMENTO AL 100% :  SI  NO

DATA DECORRENZA INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO:

DAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_AL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

USUSFRUISCE DI CURE DOMICILIARI INTEGRATE:  SI  NO

DATA VERBALE UVI PER CURE DOMICILARI INTEGRATE

DISTRETTO SANITARIO DI VALUTAZIONE UVI

Il/la sottoscritto/a, , in qualità di CAREGIVER sotto la propria personale responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni previste dall’art. 76 dei DPR445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché delle conseguenze di cui all’art. 75, comma 1 del medesimo DPR;

# DICHIARA

* che i dati riportati nel presente modulo corrispondono al vero e di essere consapevole che i dati riportati nello stesso sono soggetti al controllo di veridicità;
* di essere il caregiver del/la beneficiario/a soprariportato/a, così come definito dalla Legge n. 205/2017 art. 1 comma 255: “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, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, che a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente, riconosciuto invalido o titolare di indennità di accompagnamento ”;
* di aderire all’Intervento n. 3.1 “Bonus in favore dei caregivers delle persone con disabilità” a valere su risorse di cui al DM 27/10/2020 e del POR Campania FSE 2014/2020;
* di essere a conoscenza che tale intervento prevede l’erogazione di un bonus di € 250,00, esclusivamente in favore dei Caregivers familiari di persone che sono state riconosciute invalide al 100% o titolari di indennità di accompagnamento, valutate in sede U.V.I. come disabili gravi o gravissimi e prese in carico in Cure Domiciliari Integrate alla data del 22/01/2021;
* di impegnarsi all’iscrizione al Registro regionale dei Caregivers familiari, di prossima attivazione
* di essere consapevole che la liquidazione del bonus è subordinata all’effettivo possesso dei requisiti di accesso definiti dalla Regione Campania e vincolata all’effettivo trasferimento delle risorse all’uopo destinate;
* di essere consapevole che per ciascun disabile viene individuato un solo caregiver beneficiario del bonus;
* che per il medesimo disabile non è stata presentata ulteriore istanza presso altro Ambito Territoriale.

**INOLTRE DICHIARA:**

che la persona disabile assistita è percettrice di Assegno di cura **(barrare con una X )**:

[ ] SI

[ ] NO

che la persona disabile assistita è percettrice di altre misure di sostegno monetario **(barrare con una X )**: :

[ ] Home care

[ ] Dopo di Noi

[ ] Altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tutto ciò premesso,

# CHIEDE

Che l’eventuale bonus dovrà essere erogato dall’Ambito S2 sul seguente IBAN:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Paese | Chek | Cin | ABI | CAB | N. Conto |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Banca / Ufficio postale:

Intestato a:

(L’intestatario è il caregiver. Sono esclusi IBAN di libretti postali)

**SI ALLEGA ALLA PRESENTE:**

* Documento d’identità del caregiver in corso di validità;
* Documento d’identità della persona assistita con disabilità in corso di validità;
* Copia di atto di riconoscimento dell’invalidità al 100% o copia di atto di riconoscimento dell’indennità di accompagnamento della persona con disabilità;
* Copia del verbale INPS legge n. 104/92 art. 3 comma 3;
* Copia verbale UVI (alla data del 22/01/2021) ;
* Copia dell’IBAN del caregiver.

**Luogo e Data Firma**

**INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi degli artt.13 e 14 GDPR 2016/679 e del D. Lgs. 196/2003 (D.Lgs. n.101 del 10/08/2018), l’Ambito S2, in qualità di Titolare del trattamento, informa che i dati personali identificativi e informatici raccolti, oggetto del trattamento, sono utilizzati nel completo rispetto dei principi di liceità e correttezza e delle disposizioni di legge. I dati raccolti non saranno oggetto di divulgazione e di diffusione. La comunicazione a terzi è dedicata esclusivamente ai responsabili esterni della struttura aziendale e dagli autorizzati al trattamento individuati e nominati per il perseguimento delle finalità descritte. L’interessato potrà far valere i propri diritti come espressi dagli artt. 15-22 GDPR, rivolgendosi al titolare del trattamento.

Ulteriori informazioni possono essere richieste al seguente contatto dell’Ufficio di Piano Ambito S2: tel. 089-682190.

# Luogo e Data

Firma