

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 45
MODICA COMUNE CAPOFILA – COMUNE DI SCICLI- COMUNE DI POZZALLO –
COMUNE DI ISPICA

AVVISO PUBBLICO

BONUS CAREGIVER - CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO
DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEI CAREGIVER FAMILIARI DI SOGGETTI
AFFETTI DA DISABILITA' GRAVE E GRAVISSIMA (Fondo anni 2018- 2019-2020)

SI RENDE NOTO CHE

Visto il Decreto Ministeriale del 27 ottobre 2020, con il quale il Ministro per le Pari Opportunità di concerto con il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, ha stabilito i criteri e le modalità di utilizzo delle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare, per gli anni 2018-2019-2020, con delibera regionale n. 360 del 25/07/2022;

Vista la nota prot. 4429 del 20 giugno 2022, con la quale l'Assessore Regionale per la Famiglia le Politiche Sociali e il Lavoro, ha trasmesso alla Giunta regionale, per l'apprezzamento, condividendone i contenuti, la programmazione concernente il “Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare”;

Vista la deliberazione di Giunta Regionale n. 360 del 25 Luglio 2022 e la DRS n. 1528 del 06/09/2022- Servizio 7 “Fragilità e Povertà” del Dipartimento della Famiglia e delle Politiche Sociali con il quale è stata disposta l'erogazione del Fondo per la disabilità e non autosufficienza dedicato al sostegno del ruolo di assistenza e cura del caregiver familiare;

Vista la determina n. 3763 del 07.11.2022 ad oggetto DSS45 erogazione risorse fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del Caregiver familiare dei disabili gravi e gravissimi – F.N.A. Stato – annualità 2018-2019-2020. Impegno somma assegnata e trasferita dalla Regione Siciliana;

Considerato che viene definito caregiver familiare *“la persona che, in maniera informale e gratuita, si prende cura di un proprio congiunto in condizioni di non autosufficienza o disabilità, che necessita di un’assistenza di lunga durata, specie nelle situazioni in cui l’aiuto è tale da rendere necessari e opportuni interventi di sostegno da parte dei servizi pubblici, sanitari e sociosanitari a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche e degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, riconosciuto invalido civile titolare di “indennità di accompagnamento” oppure riconosciuto disabile in situazione di gravità ex art. 3, comma 3 della Legge n. 104/92.*

Preso atto che sono **disabili gravissimi** i soggetti che, previa valutazione multidimensionale dell'ASP, sono stati riconosciuti gravissimi ai sensi dell'art. 3 del DM del 26/09/2016 e, a seguito di sottoscrizione del Patto di Cura, percepiscono il contributo economico.

Sono **disabili gravi** coloro che sono riconosciuti invalidi ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge n. 104/92 o siano soggetti invalidi al 100% con riconoscimento della indennità di accompagnamento, ai sensi della legge n. 18/80.

Possono presentare istanza tutti i caregiver dei disabili gravi e dei disabili gravissimi residenti nei Comuni del Distretto Socio Sanitario 45 (Modica -Sciacca- Pozzallo- Ispica), con i requisiti di ammissibilità sopra descritti e precisamente:

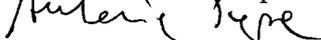
- **Comune di Modica, Servizi Sociali – Via Albanese 7 - Palazzo Campailla pec: servizisociali.comune.modica@pec.it**
- **Comune di Sciacca, via Nazionale n. 33 pec: protocollo@pec.comune.sciacca.rg.it**
- **Comune di Ispica, Servizi alla Persona – Via dell'Architettura pec: protocollo@pec.comune.ispica.rg.it**
- **Comune di Pozzallo, Via Bellini, n. 8 pec: protocollo.comune.pozzallo.rg@pec.it**

Il contributo, una tantum, verrà erogato nei limiti delle risorse stanziare ed indicate nel Bilancio Regionale, sulla base del numero di istanze pervenute sia per i caregiver dei soggetti disabili gravi, sia per i caregiver dei soggetti disabili gravissimi. Le Amministrazioni comunali di residenza effettueranno controlli a campione dei dati forniti dai richiedenti, attraverso le autorità competenti. Il modulo della domanda, scaricabile sui siti istituzionali dei singoli comuni, corredata dalla documentazione descritta nella istanza, secondo se trattasi di caregiver di un disabile grave o gravissimo.

Le istanze dovranno pervenire corredate dalla documentazione descritta nell'istanza, dalla dichiarazione del disabile (qualora non sia possibile presentare la dichiarazione da parte del disabile, il caregiver deve rendere una autocertificazione ai sensi di legge) e dichiarazione IBAN, **entro e non oltre le ore 23:59 del 12.12.2022**. Non verranno accolte istanze pervenute oltre il termine stabilito, pena esclusione.

La Responsabile del Procedimento

Dott.ssa Antonia Papa



Il Responsabile del Comune Capofila
Dott. Giorgio Paolo Di Giacomo



BONUS CAREGIVER

CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEI CAREGIVER FAMILIARI DI SOGGETTI AFFETTI DA DISABILITA' GRAVE E GRAVISSIMA (FONDO ANNI 2018 - 2019 - 2020)

Al COMUNE DI _____

Il/La sottoscritt
nat a il
residente a prov.
via n°.....
codice fiscale
tel.: e-mail

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi degli artt. 47, 75 e 76 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000

CHIEDE

Il contributo economico, una tantum, per il sostegno al ruolo di cura ed assistenza come indicato dall'Avviso pubblicato in data

In qualità di **CAREGIVER**

Del/la Sig./ra
Affetto/a da disabilità
(INDICARE IL GRADO DI PARENTELA _____)

GRAVE

GRAVISSIMA valutata ai sensi dell'art. 3 del D.M. del 26/09/2016

nat a il
residente a prov.
via.....n°.....
codice fiscale

A tal fine, allega alla presente i seguenti documenti:

- ✓ copia dei verbali di Legge 104/92 art. 3 comma 3 relativi agli anni 2018 – 2019 - 2020;
- ✓ fotocopia di un documento di identità del richiedente in corso di validità e della persona con disabilità;
- ✓ Copia PDF del Codice IBAN su cui accreditare il contributo (ad esclusione del codice IBAN del libretto postale). **Il conto corrente deve essere intestato o cointestato al richiedente il beneficio.**

per la persona con **“DISABILITA' GRAVISSIMA”** valutata ai sensi dell'art. 3 del D.M. del 26/09/2016 dichiara che il **Patto di Cura** è stato sottoscritto in data..... (che si allega in copia)

DICHIARA

Di avere svolto il ruolo di caregiver nell'ambito del triennio 2018 – 2019 - 2020 per i seguenti periodi:

- 2018 dal al
- 2019 dal al
- 2020 dal al

Dichiara inoltre

che le copie dei documenti allegati alla presente, sono conformi agli originali; di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016

La Sig.ra/il Sig. _____ autorizza al trattamento dei dati inclusi quelli di natura sanitari, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, che qui si intende interamente richiamata

La domanda deve essere compilata in ogni sua parte, pena l'esclusione.
Il Comune di residenza effettuerà i dovuti controlli con le autorità competenti

Luogo e data

IL CAREGIVER

.....

DICHIARAZIONE IBAN

CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO AL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA BONUS CAREGIVER FAMILIARE DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO D45 - F.N.A. 2018-2019-2020 D.R.S. N. 1528 DEL 06.09.2022 - SERVIZIO 7 "FRAGILITÀ E POVERTÀ"- DEL DIPARTIMENTO DELLA FAMIGLIA E DELLE POLITICHE SOCIALI DELLA REGIONE SICILIANA.

AI COMUNE DI

Il/La sottoscritt
nat a il
residente a prov.
via n°
codice fiscale
tel.: e-mail
Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi degli artt. 47, 75 e 76 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000

In qualità di **CAREGIVER**

Del/la Sig./ra
Affetto/a da disabilità

GRAVE

GRAVISSIMA valutata ai sensi dell'art. 3 del D.M. del 26/09/2016

nat a il
residente a prov.
via n°
codice fiscale

DICHIARA

Che l'IBAN sul quale versare il contributo richiesto ed eventualmente approvato dal Comune di
È il seguente:

PAESE	CECK	CIN	ABI	CAB	N. CONTO

Luogo e data

IL CAREGIVER

.....

DICHIARAZIONE

CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO AL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA BONUS CAREGIVER FAMILIARE DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO D45 - F.N.A. 2018-2019-2020 D.R.S. N. 1528 DEL 06.09.2022 - SERVIZIO 7 "FRAGILITÀ E POVERTÀ"- DEL DIPARTIMENTO DELLA FAMIGLIA E DELLE POLITICHE SOCIALI DELLA REGIONE SICILIANA.

Al COMUNE DI

Il/La sottoscritt
nat a il
residente a prov.
via n°
codice fiscale
tel: e-mail

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi degli artt. 47, 75 e 76 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000 In qualità di **persona Affetto/a da disabilità**

GRAVE

GRAVISSIMA valutata ai sensi dell'art. 3 del D.M. del 26/09/2016

DICHIARA CHE IL PROPRIO CARE GIVER E' IL SIG./RA

Nome e cognome
nat a il
residente a prov.
via.....n°
codice fiscale

Il sig./ra Ha svolto il ruolo di caregiver nell'ambito del triennio 2018 – 2019 - 2020 per i seguenti periodi:

- 2018 dal al
- 2019 dal al
- 2020 dal al

Luogo e data

IL DISABILE

.....