



REGIONE
LAZIO



Modello A2

Da trasmettere allo sportello P.U.A.- Distretto C

**Interventi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico
dell'attività di cura del caregiver familiare.
Istanza di accesso agli interventi**

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

☐ caregiver familiare da riconoscere in sede di UVMD

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) _____



REGIONE
LAZIO



- ☐ 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 seguente misura ai sensi della vigente legislazione regionale.

- ☐ **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 (dichiarazione di responsabilità/impegno all'uso conforme del "budget personale del caregiver familiare).

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.



**REGIONE
LAZIO**



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'interrete 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 Consorzio Aipes 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:

Nome e cognome	Data di nascita	Rapporto di parentela

Luogo e data

Firma del richiedente caregiver familiare



REGIONE
LAZIO



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 debitamente compilata e sottoscritta dal richiedente e dall'assistente sociale (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 _____ -

Comune _____ n. _____ CAP _____

Tel. _____ E-mail _____

Luogo e data

Firma del richiedente caregiver familiare
