Al Comune di _____
da trasmettere all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B
PEC: pec@pec.comune.frosinone.it

MODELLO A2

"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 formalmente riconosciuto dall'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD) del Distretto Sociale B - Frosinone

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) _____

- ❑ Convivente (rispetto al caregiver familiare)
- ❑ Non convivente (rispetto al caregiver familiare)

CHIEDE

nel rispetto dei requisiti richiesti e dei criteri di priorità di cui all'Avviso pubblico del 30 ottobre 2026, di poter accedere alla/alle seguente/i misura/e ai sensi della vigente legislazione regionale. ***(È possibile barrare più opzioni. Le misure di seguito indicate non sono incompatibili e possono essere cumulate).***

- ❑ **(3.1) INTERVENTI DISTRETTUALI DI SOLLIEVO PROGRAMMATO IN AMBITO INTRAFAMILIARE (DOMICILIARE)** da attivare attraverso la libera scelta da parte dell'utente/caregiver familiare dell'assistente alla persona o dell'operatore professionale inserito nel relativo registro dei fornitori e allo scopo accreditato.

- ❑ **(3.2) PERCORSI DISTRETTUALI DI SOSTEGNO PSICOLOGICO INDIVIDUALE** finalizzati a garantire al caregiver familiare un adeguato supporto nella gestione dello stress psicologico/emotivo anche in un'ottica di prevenzione su valutazione professionale e con decisione pienamente condivisa dal caregiver familiare stesso. Misura da attivare attraverso la libera scelta da parte dell'utente/caregiver familiare dell'assistente alla persona o dell'operatore professionale inserito nel relativo registro dei fornitori e allo scopo accreditato.

- ❑ **(3.3) BUDGET PERSONALE DEL CAREGIVER FAMILIARE** finalizzato al riconoscimento di un contributo economico annuo e a fondo perduto pari ad € 700,00, 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 (Allegato 1_Caregiver_ dichiarazione di impegno all'uso conforme del budget personale del caregiver familiare).

- ❑ **(3.4) FORMAZIONE DEL CAREGIVER FAMILIARE** finalizzata al corretto svolgimento dell'attività di cura e assistenza mediante l'accesso a corsi gratuiti.

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, alla data di presentazione della presente istanza, 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 (UVMD) del Distretto Sociale B – Frosinone e dei competenti uffici preposti al controllo e alla verifica della documentazione presentata,

DICHIARA altresì

[ ] di essere consapevole che, in caso di elevato numero di richieste e dotazione finanziaria insufficiente, per l'accesso alle misure di seguito indicate, si terrà conto dei seguenti criteri di priorità:

Misura 3.1 – Interventi di sollievo programmato temporaneo in ambito intrafamiliare (domiciliare)

a. caregiver familiari riconosciuti di persone con disabilità gravissima in lista di attesa distrettuale per l'attivazione della stessa misura oggetto di programmazione con le risorse del Fondo nazionale dedicato
b. situazione familiare e professionale del caregiver familiare
c. valutazione professionale (UVMD) del carico di cura e responsabilità commisurato alla gravità delle condizioni della persona assistita
d. eventuale compresenza di altri servizi socioassistenziali attivi in favore della persona con disabilità o non autosufficienza

ISEE del caregiver familiare. Nei soli casi previsti dalla vigente normativa in materia, a cui si rimanda, si può fare ricorso all'ISEE ristretto, se condizione di maggior favore, trattandosi di misure di sostegno di tipo sociale-sanitario.

Misura 3.2 – Sostegno psicologico individuale

- caregiver familiari di utenti in condizione di disabilità gravissima
- condizione di disabilità complessa con impegno assistenziale prolungato nel tempo
- convivenza del caregiver familiare con la persona di cui si prende cura
- composizione del nucleo familiare
- rete di supporto al caregiver formale (compresenza di altri servizi)

Misura 3.3 – Budget personale del caregiver familiare

- caregiver familiari riconosciuti degli utenti in condizione di disabilità gravissima ai sensi del D.M. 26 settembre 2016
- caregiver familiari in nuclei monogenitoriali e monoparentali
- caregiver genitore
- caregiver convivente
- giovane caregiver familiare
- indicatore della situazione economica equivalente, "ISEE", compreso tra 0 e 15.000,00 euro

Per l'accesso al contributo, è richiesto un ISEE del caregiver familiare (il riferimento è all'ISEE familiare) non superiore a euro 24.000,00.

[ ] di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

caregiver familiare di persona in condizione di disabilità gravissima	[si] [no]
caregiver familiare di persona con disabilità gravissima in lista di attesa distrettuale	[si] [no]
caregiver familiare in nucleo monogenitoriale o monoparentale	[si] [no]
caregiver familiare genitore	[si] [no]
giovane caregiver familiare	[si] [no]
unico riferimento parentale della persona assistita	[si] [no]

occupato (specificare professione) _____ [si] [no]

compresenza di altri servizi socio assistenziali attivi, da PAI, in favore della persona con disabilità o non autosufficiente *(specificare)* _____ [si] [no]

[ ] di impegnarsi, in caso di ammissione alla/alle citata/e misura/e, a dare tempestiva comunicazione al Comune di _____, in caso di eventuale ricovero o di decesso dell'assistito nei confronti del quale si prestano attività di cura e di assistenza

[ ] di aver preso visione di quanto riportato nell'avviso pubblico e dell'Informativa privacy allegata al presente Modello di domanda;

[ ] che lo stato di famiglia del richiedente/caregiver familiare è il seguente:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

Luogo e data _____

Firma del richiedente caregiver familiare

_____

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
- 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)*;

Luogo e data _____

Firma del richiedente caregiver familiare

_____

Visto del Servizio Sociale Professionale – Comune di _____

Data_____ Firma _____