

Modello di domanda da compilare sullo sportello digitale regionale

Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del genitore caregiver che assiste minori affetti da una malattia rara di cui all'Allegato 7 al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 e. s. m. e i. e in condizioni di disabilità gravissima che necessitano di una elevata intensità assistenziale nelle 24 ore.

Criteria e modalità per la erogazione di contributi per l'anno 2022**ISTANZA PER L'ACCESSO AL CONTRIBUTO ECONOMICO**

IL/La sottoscritto/a _____
 Codice fiscale n. _____ con la presente inoltra formale istanza di contributo economico, per l'anno 2022, in favore di genitori conviventi, inoccupati o disoccupati, residenti nella Regione Abruzzo che hanno nel proprio nucleo familiare figli minori affetti da malattie rare, croniche, gravi ed invalidanti come definite dall'Allegato al DPCM 12.01.2017 che comportino una disabilità gravissima, e che necessitano di una elevata intensità assistenziale, cure tempestive, intensive e continue da parte dei familiari stessi.
 A tal fine, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R., 28-12-2000, n. 445, i propri dati anagrafici:

| | |
|-------------------------|--|
| COGNOME | |
| NOME | |
| DATA E LUOGO DI NASCITA | |
| RESIDENZA: INDIRIZZO | |
| CAP | |
| COMUNE | |
| PROVINCIA | |
| RECAPITI TELEFONICI | |
| INDIRIZZO E-MAIL o PEC | |

DICHIARA INOLTRE:

1. DI ESSERE INOCCUPATO/A DISOCCUPATO/A
(barrare con una x la propria condizione occupazionale)
2. DI ESSERE ISCRITTO NEGLI ELENCHI ANAGRAFICI DEL CENTRO PER L'IMPIEGO DI _____ *(obbligatorio)*
3. DI ESSERE IMPEGNATO/A IN SERVIZI DI CURA E ASSISTENZA CONTINUA NELLE 24 ORE DEL FIGLIO MINORE CONVIVENTE AFFETTO DA MALATTIA RARA CONTRADDISTINTA DAL CODICE DI ESENZIONE ----- (come riportato all'Allegato 7 al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 e. s. m. e i.)

Modello di domanda da compilare sullo sportello digitale regionale

| COGNOME E NOME DEL MINORE | LUOGO E DATA NASCITA | INDIRIZZO |
|---------------------------|----------------------|-----------|
| | | |
| | | |

4. DI AVERE IL SEGUENTE REDDITO ISEE _____
 (desunto dall’attestazione ISEE in corso di validità riferito al nucleo familiare di appartenenza)

4. DI ESSERE

RESIDENTE NELLA REGIONE ABRUZZO

(barrare con una x la propria cittadinanza)

CITTADINO/A ITALIANA

CITTADINO/A DEL SEGUENTE STATO UE _____

CITTADINO/A EXTRACOMUNITARIA DELLO STATO -----, IN POSSESSO DEL PERMESSO DI SOGGIORNO UE PER I SOGGIORNANTI DI LUNGO PERIODO DI DURATA NON INFERIORE A UN ANNO

5. CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE NON È ALLA DATA ODIERNA ASSEGNATARIO DELL’ASSEGNO DISABILITÀ GRAVISSIMA EROGATO CON LE RISORSE DEL FONDO NAZIONALE NON AUTOSUFFICIENZA A FAVORE DEL FIGLIO MINORE PER CUI SI RIVOLGE ISTANZA

6. CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE NON È BENEFICIARIO DEL CONTRIBUTO CAREGIVER FAMILIARE FINANZIATO CON L’OMONIMO FONDO STATALE ISTITUITO CON LEGGE 2015/2017

7. DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE, IN CASO DI ATTRIBUZIONE DEL CONTRIBUTO RICHIESTO, NON POTRÀ FRUIRE NEL 2023 DI CONTRIBUTI MONETARI FINANZIATI CON IL FONDO NAZIONALE NON AUTOSUFFICIENZA O CON IL FONDO NAZIONALE CAREGIVER FAMILIARE

7. ai fini dell’erogazione del contributo comunica il numero di conto abilitato all’accredito (l’intestatario deve essere il richiedente il contributo). NON SONO IDONEI GLI IBAN DEI LIBRETTI DI DEPOSITO POSTALE.

IBAN:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Presso Banca/Posta _____

intestato a _____

Codice Fiscale del richiedente:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Protocollo n. 0001192 del 26-10-2022

Modello di domanda da compilare sullo sportello digitale regionale

che le persone abilitate a operare sul suddetto conto oltre al/alla sottoscritto/a sono esclusivamente le seguenti (indicare il Codice Fiscale di ognuno):

Sig./a _____

Codice Fiscale cointestatario del conto

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Sig./a _____

Codice Fiscale cointestatario del conto

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

DICHIARA INOLTRE CHE

Qualora, durante il periodo di fruizione del contributo economico, dovesse venir meno una delle condizioni che hanno dato luogo all'assegnazione del contributo stesso, cioè la residenza nella Regione Abruzzo, la permanenza del minore nella casa familiare o la variazione dello stato occupazionale del genitore richiedente, ne darà tempestivamente notizia al competente Servizio regionale agli indirizzi di posta elettronica PEC dpg023@pec.regione.abruzzo.it PEO dpg023@regione.abruzzo.it.

AUTORIZZA

- l'Amministrazione Regionale ed ogni altro soggetto formalmente delegato ad effettuare tutte le indagini tecniche ed amministrative dagli stessi ritenute necessarie sia in fase di istruttoria che dopo l'eventuale concessione delle agevolazioni richieste e l'erogazione a saldo delle stesse, anche tramite sopralluoghi e/o acquisizione di documentazioni pertinenti aggiuntive rispetto a quelle espressamente previste dalla normativa;
- l'inserimento, l'elaborazione e la comunicazione a terzi delle informazioni contenute nella presente domanda e nei relativi allegati, con riferimento alle disposizioni del DLGS 196/03.

ALLA PRESENTE DOMANDA ALLEGA:

- 1) certificazione di malattia rara, rilasciata da una struttura sanitaria pubblica attestante la sussistenza di malattia rara e relativo codice di classificazione ai sensi dell'Allegato 7 al DPCM 12.01.2017;
- 2) certificazione di disabilità gravissima redatta dal medico convenzionato per la pediatria di libera scelta, oppure dal medico convenzionato per l'assistenza primaria, che ha in carico l'assistito/a, Allegato B;
- 3) attestazione del reddito ISEE del nucleo familiare, in corso di validità,
- 4) permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo in corso di validità (laddove ricorre il caso)

I dati raccolti con la domanda saranno trattati esclusivamente per le finalità di gestione del presente Avviso e per quelle consequenziali in caso di ammissione al contributo, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D.lgs. n. 196/2003 così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018.