**BONUS IN FAVORE DEI CAREGIVER DELLE PERSONE CON DISABILITÀ INCLUSE IN PROGETTI DI CURE DOMICILIARI INTEGRATE ALLA DATA DEL22/01/2021.**

**(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:□COMUNEDIRESIDENZA: CAP

INDIRIZZODIRESIDENZA NR.CIVICO:

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

DOC. DIIDENTITÀN°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RILASCIATODA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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; Conviventedifatto; Partedell'unioneciviletrapersonedellostessosesso;
* Familiare secondogrado( )  Affine secondogrado ( )

**DATI DELLA PERSONA DISABILE**

COGNOME: NOME

M.:□F:□COMUNEDIRESIDENZA: CAP INDIRIZZODIRESIDENZA NR.CIVICO:

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

DOC. DIIDENTITÀN°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RILASCIATODA 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 di55.
* Disabilità gravissima: Per disabilità gravissima si intende, ai sensi dell'art. 3 del DPCM 26/9/2016 la condizione di personebeneficiariediindennitàdiaccompagnamentodicuiallalegge11/2/80ocomunquedefinitenonautosufficienti 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 iviindicato.

RICONOSCIMENTO INVALIDITA' AL 100% :  SI  NO

DATA DECORRENZAINVALIDITA':DAL AL

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

DATA DECORRENZA INDENNITA' DIACCOMPAGNAMENTO:

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

USUSFRUISCE DI CURE DOMICILIARI INTEGRATE:  SI NO

DATA VERBALE UVI PER CURE DOMICILARIINTEGRATE

DISTRETTO SANITARIO DIVALUTAZIONEUVI

Il/lasottoscritto/a, , in qualità di CAREGIVER sotto lapropriapersonaleresponsabilitàaisensidegliartt.46e47delDPR445/2000econsapevoledellesanzioni previstedall’art.76deiDPR445/2000perleipotesidifalsitàinattiedichiarazionimendaci,nonchédelle conseguenzedicuiall’art.75,comma1delmedesimoDPR;

# 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 diveridicità;
* di essere il caregiver del/la beneficiario/a soprariportato/a, così come definito dalla Legge n. 205/2017 art.1comma255:“lapersonacheassisteesiprendecuradelconiuge,dell'altrapartedell'unioneciviletra personedellostessosessoodelconviventedifatto,diunfamiliareodiunaffineentroilsecondogrado,che a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente, riconosciutoinvalidootitolarediindennitàdiaccompagnamento”;
* diaderireall’Interventon.3.1“Bonusinfavoredeicaregiversdellepersonecondisabilità”avaleresurisorse di cui al DM 27/10/2020 e del POR Campania FSE 2014/2020;
* di essere a conoscenzache tale intervento prevede l’erogazione di un bonus di € 250,00, esclusivamente infavoredeiCaregiversfamiliaridipersonechesonostatericonosciuteinvalideal100%otitolaridiindennità di accompagnamento, valutate in sede U.V.I. come disabili gravi o gravissimi e prese in carico in Cure Domiciliari Integrate alla data del22/01/2021;
* diimpegnarsiall’iscrizionealRegistroregionaledeiCaregiversfamiliari,diprossimaattivazione
* diessereconsapevolechelaliquidazionedelbonusèsubordinataall’effettivopossessodeirequisitidi 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 delbonus;
* che per il medesimo disabile non è stata presentata ulteriore istanza presso altro AmbitoTerritoriale.

**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 / Ufficiopostale:

Intestatoa:

(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.

**LuogoeData 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 perilperseguimentodellefinalitàdescritte.L’interessatopotràfarvalereipropridiritticomeespressidagliartt.15-22 GDPR,rivolgendosi al titolare del trattamento.

Ulterioriinformazionipossonoessererichiesteal seguente contatto dell’Ufficio di Piano Ambito S2: tel. 089-682190.

# Luogo e Data

Firma