

COMUNE DI PETRALIA SOTTANA
CAPOFILA
DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 35

AVVISO PUBBLICO
FONDO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA
DEL CAREGIVER FAMILIARE DEI DISABILI GRAVI E GRAVISSIMI
(F.N.A STATO ANNUALITA' 2018/2019/2020)

Si rende noto che con con il D.R.S. n. 1528 del 06 settembre 2022 del Dipartimento Regionale delle Politiche Sociali e del Lavoro è stata disposta la ripartizione delle risorse relative al "Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del *Caregiver* Familiare" F.N.A. Stato annualità 2018 - 2019 e 2020.

Al Distretto Socio Sanitario N. 35 è stata assegnata la somma complessiva di € 28.071,42 di cui:

- la quota del 65% pari ad € 18.246,42 in favore dei *caregiver* familiari dei soggetti affetti da disabilità grave, di cui all'art. 3, comma 3, della legge 104/1992;
- la quota del 35% pari ad € 9.825,00 in favore dei *caregiver* familiari dei soggetti affetti da disabilità gravissima.

L'intervento consiste nell'erogazione, di un contributo economico a favore di coloro che svolgono le funzioni di *caregiver* familiare, per soggetti disabili gravissimi o disabili gravi. Il *caregiver* è il familiare che occupa un ruolo informale di cura, di supporto e di vicinanza, che è partecipe dell'esperienza di malattia del malato e che si impegna nelle attività quotidiane di cura della persona.

Sono disabili gravi, ai fini della presente misura, coloro che a causa di malattia, infermità o disabilità non sono autosufficienti e in grado di prendersi cura di sé; riconosciuti invalidi in quanto bisognosi di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'art. 3 comma 3 L. 104/92;

Sono disabili gravissimi coloro che a seguito di valutazione multidimensionale dell'ASP sono stati riconosciuti gravissimi ai sensi dell'art. 3 del D.M.26 settembre 2016 e percepiscono il beneficio economico, previa sottoscrizione del Patto di Cura;

Possono presentare la domanda di accesso al contributo di cui al presente avviso i *caregiver* familiari di disabili gravi o gravissimi, residenti in uno dei comuni del Distretto Socio Sanitario 35.

L'accesso al contributo economico, sia per i *caregiver* dei gravi, sia per i *caregiver* dei gravissimi, verrà erogato per tramite dal Comune di Residenza, nei limiti delle somme assegnate al Distretto e sulla base del numero di istanze ammesse.

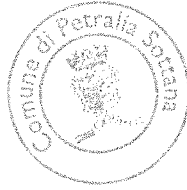
L'istanza va presentata al Comune di residenza entro e non oltre il 30.11.2022 pena la non ammissione.

Documenti da allegare all'istanza:

- copia del documento di riconoscimento del *caregiver* richiedente;
- copia del documento di riconoscimento del disabile grave o gravissimo;
- per i disabili gravi: verbale della commissione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n. 104/92;
- per i disabili gravissimi copia del Patto di Cura firmato e compilato;

L'istanza oltre che dal *caregiver* dovrà essere controfirmata dal disabile che riceve assistenza, in caso di impossibilità di quest'ultimo potrà essere controfirmata dall'amministratore di sostegno allegando il relativo decreto di nomina.

Petralia Sottana, li 31 ottobre 2022.



Il Coordinatore del Distretto Socio Sanitario n. 35
Dott. Giuseppe Di Gangi

Al Comune di _____

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Oggetto: contributo economico per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del *caregiver* familiare dei disabili gravi e gravissimi F.N.A. Stato – Annualità 2018/2019/2020.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____, il _____, residente in _____

all'indirizzo _____

C.F. _____

Recapito Telefonico fisso e/o mobile _____

Visto l'avviso pubblico inerente l'oggetto

CHIEDE

Il contributo economico per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del *caregiver* familiare ai sensi del D.R.S. n. 1528 del 06 settembre 2022,

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000:

di essere il *caregiver* familiare come definito dal comma 255, dell'art. 1 della legge 27 dicembre 2017 n. 205,

del Sig./Sig.ra _____ codice fiscale _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

telefono _____.

Che la persona assistita è:

- in condizione di disabilità grave ai sensi della L. 104/92 (art. 3, comma 3);
- in condizioni di disabilità gravissima (art. 3 del decreto 26 settembre 2016 del Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali).

MODALITÀ DI RISCOSSIONE

Il sottoscritto chiede che la liquidazione del contributo economico in proprio favore (*caregiver*) venga effettuata con la seguente modalità:

a mezzo accredito sul conto corrente bancario/postale acceso presso:

Intestato a _____

IBAN _____

Allega alla presente:

- copia del documento di riconoscimento del *Caregiver* richiedente;
- copia del documento di riconoscimento del disabile grave o gravissimo;
- per i disabili gravi: verbale della commissione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n. 104/92;
- per i disabili gravissimi copia del Patto di Cura firmato e compilato;

L'istanza oltre che dal *caregiver* dovrà essere controfirmata dal disabile che riceve assistenza, in caso di impossibilità di quest'ultimo potrà essere controfirmata dall'amministratore di sostegno allegando il relativo decreto di nomina.

Il richiedente autorizza il Comune ad utilizzare i dati contenuti nella presente istanza per le finalità previste dalla legge e dall'avviso di cui sopra, nel rispetto dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" ed ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016.

Luogo _____, **data** _____

Il Soggetto Assistito

Il *Caregiver*
