

**UNIONE MONTANA DEI SIBILLINI-COMUNANZA
AMBITO TERRITORIALE SOCIALE XXIV**

Comuni di

AMANDOLA-COMUNANZA-FORCE- MONTEDINOVE-MONTEFALCONE APPENNINO-
MONTEFORTINO-MONTELPARO-MONTEMONACO-ROTELLA-SANTA VITTORIA IN
MATENANO-SMERILLO

AVVISO PUBBLICO

Fondo nazionale per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare per gli anni 2018-2019-2020 – Presentazione domande di contributo

(Delibera di Giunta Regionale n. 1028 del 11/08/2021)

Sono **destinatari dell'intervento** i caregiver familiari secondo la definizione prevista dal comma 255 dell'articolo 1 della Legge 27/12/2017 n. 205. Ai sensi della citata normativa il 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 20/05/2016 n. 76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5/02/1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della legge 5/02/1992, n. 104 o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11/02/1980, n.18”*.

REQUISITI / ENTITÀ DEL CONTRIBUTO ECONOMICO / MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

1) Per accedere al contributo relativo all'intervento caregiver familiare occorre siano presenti i seguenti requisiti:

- La persona assistita dal caregiver familiare deve essere in possesso del riconoscimento della disabilità gravissima attestata dalla Commissione Sanitaria Provinciale operante presso le Aree Vaste n.4 e n.5;
- La persona assistita dal caregiver familiare in possesso del riconoscimento della disabilità gravissima deve essere in vita alla data di presentazione della domanda e risiedere in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale 24 (Amandola, Comunanza, Force, Montedinove, Montefalcone Appennino, Montefortino, Montelparo, Montemonaco, Rotella, Santa Vittoria in Matenano, Smerillo);
- L'attività di assistenza prestata dal caregiver familiare deve essere continua e svolta presso l'abitazione della persona assistita;
- La persona assistita dal caregiver familiare deve beneficiare del contributo a favore della disabilità gravissima nell'ambito dell'intervento sostenuto con il Fondo Nazionale per la non autosufficienza –FNA. Pertanto sono esclusi dal contributo i caregiver familiari di persone che ricevono contributi per i seguenti interventi:
 - “Riconoscimento del lavoro di cura dei caregiver attraverso l'incremento del contributo alle famiglie per l'assistenza a persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)”;
 - a favore di minori affetti da malattie rare di cui alla DGR n. 475/2019;
 - “Assegno di Cura” rivolto agli anziani non autosufficienti.

2) L'intervento riveste carattere sperimentale. Al caregiver familiare è riconosciuto in questa fase sperimentale **un contributo di € 1.200,00 per l'attività di assistenza informale, globale e continua assicurata al proprio assistito.**

Può ricevere il contributo un solo caregiver familiare per ogni assistito riconosciuto con disabilità gravissima. Pertanto, nel caso siano presentate più domande per ottenere il contributo economico da parte di caregiver familiari che assistono la stessa persona, il contributo economico verrà concesso solamente al caregiver familiare che svolge l'attività di assistenza in maniera continuativa, prevalente e globale così come si evince dal Piano Assistenziale Individuale (PAI) ai sensi della DGR n. 111/2015 redatto dai Servizi Sociali professionali dell'ATS 24.

3) LA DOMANDA per ottenere il contributo economico, redatta utilizzando il modello allegato al presente Avviso, dovrà essere inoltrata da parte del caregiver familiare, **a pena di esclusione: ENTRO IL GIORNO 2 NOVEMBRE 2021, ALLE ORE 14,00, ALL'UNIONE MONTANA DEI SIBILLINI, P.ZZA IV NOVEMBRE, 2 - 63087 COMUNANZA (AP), inviandola A MEZZO PEC all'indirizzo unione.sibillini@emarche.it O A MEZZO RACCOMANDATA CON RICEVUTA DI RITORNO** (in tal caso, per la verifica del rispetto dei termini, farà fede il timbro di accettazione dell'Ufficio Postale).

L'Unione Montana dei Sibillini non assume alcuna responsabilità in caso di dispersione delle domande dovuta ad inesatta indicazione del destinatario del plico, a disguidi postali o imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Saranno escluse le domande che verranno presentate oltre il termine del 2/11/2021, che non siano debitamente sottoscritte o che risulteranno incomplete della documentazione richiesta.

La domanda deve essere corredata dalla seguente documentazione:

- a. copia di un valido documento di identità del caregiver richiedente;
- b. attestazione I.S.E.E. del nucleo familiare a cui il caregiver appartiene, in corso di validità, rilasciata ai sensi della normativa vigente, completa di Dichiarazione Sostitutiva Unica (D.S.U.), entrambe timbrate e firmate in originale dal CAF;

N.B. L' ATTESTAZIONE I.S.E.E. E LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA UNICA DEVONO ESSERE RILASCIATE DAL CAF E PRESENTATE ENTRO LA DATA DI SCADENZA DEL PRESENTE BANDO.

PERCORSO PER ACCEDERE AL CONTRIBUTO

Alla presentazione della domanda seguirà una fase istruttoria che terminerà con la predisposizione di una graduatoria delle domande ammissibili redatta sulla base del minor reddito I.S.E.E. e del numero di figli minorenni presenti nel nucleo familiare del caregiver. La graduatoria sarà stilata tenendo conto dell'I.S.E.E. del caregiver familiare, corretto in sede d'istruttoria, in modo da tener conto ulteriormente del numero di minori presenti nel nucleo dello stesso. Tale correzione consiste in una riduzione dell'importo ISEE come di seguito:

Numero minori	% di riduzione dell'ISEE
1	10%
2	18%
3	24%
4	30%
5+	35%

A parità di reddito ISEE si darà precedenza al richiedente caregiver più anziano d'età.

Il contributo verrà erogato partendo dal primo in graduatoria fino ad esaurimento delle risorse assegnate dalla Regione Marche all'ATS 24. Il beneficiario collocato nell'ultima posizione utile della graduatoria potrà usufruire di un contributo ridotto rispetto a quello sopra stabilito, in relazione alle effettive disponibilità residue. L'ATS 24 procederà, ai sensi del DPR n. 445/2000, ad effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle Dichiarazioni sostitutive rilasciate dai richiedenti il beneficio.

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Ai sensi della L. 241/1990 e s. m. i. il Responsabile del procedimento è il Segretario Generale dell'Unione Montana dei Sibillini, ente capofila dell'ATS XXIV, Dott.ssa Giuseppina Concetti.

TUTELAPRIVACY

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, i dati personali, acquisiti a seguito del presente avviso, saranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla concessione del beneficio. I dati potranno essere trattati anche utilizzando strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi. Inoltre, i dati potranno essere trattati anche da Enti pubblici coinvolti nell'attività del predetto bando. Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria. In sede di presentazione della domanda di assegnazione, il richiedente dovrà dichiarare di accettare il trattamento dei propri dati personali nei limiti previsti dalla normativa sopra citata.

PER OTTENERE EVENTUALI INFORMAZIONI rivolgersi a:

Unione Montana dei Sibillini - Ambito Territoriale Sociale XXIV - Piazza IV Novembre n. 2
Comunanza - Tel. 0736/844379-844526, e-mail ats24@unionemontanasibillini.it,
www.unionemontanasibillini.it.

Il modello di domanda, insieme al presente bando, è reperibile presso la sede dell'Ambito Territoriale Sociale XXIV, c/o gli Uffici Relazioni con il Pubblico dei Comuni dell'ATS XXIV (Amandola, Comunanza, Force, Montedinove, Montefalcone Appennino, Montefortino, Montelparo, Montemonaco, Rotella, Santa Vittoria in Matenano, Smerillo), nonché sul sito dell'Unione Montana dei Sibillini: www.unionemontanasibillini.it.

Per quanto non specificato nel presente avviso si rinvia alla Delibera della Giunta della Regione Marche n. 1028 del 11/08/2021.

Comunanza, li 01/10/2021

IL SEGRETARIO GENERALE
Dott. ssa Giuseppina Concetti

ALL' UNIONE MONTANA DEI SIBILLINI
ENTE CAPOFILA DELL'ATS 24
P.ZZA IV NOVEMBRE, 2
63087 COMUNANZA (AP)

Decreto Ministeriale 27/10/2020
Fondo CAREGIVER FAMILIARE
Domanda contributo
Dichiarazione sostitutiva
(art. 46, 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445)

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a..... il..... residente a

in via..... N..... CAP.....

Codice Fiscale

Tel..... Cell..... e-mail:.....

Pec:.....

PRESA visione della DGR n.1028 del 11/08/2021 recante: “ Decreto 27/10/2020 del Ministro delle Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Fondo Nazionale per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare per gli anni 2018- 2019- 2020. Criteri per l’attuazione degli interventi e per il riparto delle risorse tra gli Ambiti Territoriali Sociali”.

Visto l’Avviso dell’Ambito Territoriale Sociale 24 relativo all’intervento a favore del caregiver familiare;

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all’art. 75 del richiamato D.P.R.;

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere il caregiver familiare che fornisce assistenza continuativa prevalente e globale al Sig./Sig.ra

Codice Fiscale

Nato/a a.....(____) il___/___/____, residente a.....(____) inn°......

che la persona assistita è in possesso del certificato di riconoscimento della disabilità gravissima rilasciato in data _____ dalla Commissione Sanitaria Provinciale dell’Area Vasta n_____ di _____ nell’ambito dell’intervento “Disabilità gravissima” sostenuto con il Fondo Nazionale per le non autosufficienze – FNA;

che la persona assistita sta beneficiando del contributo a favore della disabilità gravissima nell’ambito

dell’FNA e che pertanto non beneficia del contributo per gli interventi: “Riconoscimento del lavoro di cura dei caregiver attraverso l’incremento del contributo alle famiglie per l’assistenza a persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica”; all’intervento a favore di minori affetti da malattie rare di cui alla DGR 475/2019; “Assegno di cura” rivolto agli anziani non autosufficienti;

che la persona assistita è in vita alla data di presentazione della domanda e risiede nel Comune di _____;

di avere n° _____ figli minorenni presenti nel proprio nucleo familiare.

CHIEDE

Di poter accedere al contributo previsto per la figura del caregiver familiare ai sensi della DGR n. 1028/2021.

Si allegano alla presente:

- ISEE (DSU 2021) del sottoscritto;
- Copia di un documento d’identità valido del sottoscrittore;
- Copia del codice IBAN rilasciato dalla Banca o dalla Posta;

AUTORIZZA

il trattamento dei propri dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell’art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679), per i fini propri della presente dichiarazione.

Luogo e data _____

Firma del Dichiarante
