ALLEGATO B

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

ISTANZA PER L'ACCESSO AL CONTRIBUTO ECONOMICO Anno 2020

Da inviare esclusivamente a mezzo PEC

Spett.le
REGIONE ABRUZZO
DIPARTIMENTO LAVORO - SOCIALE
SERVIZIO "TUTELA SOCIALE – FAMIGLIA"
PESCARA
PEC: dpg023@regione.abruzzo.it

OGGETTO: **ISTANZA DI ACCESSO AL CONTRIBUTO ECONOMICO – ANNO 2020**.

IL/La sottoscritto/a _____

Codice fiscale n.

con la presente inoltra formale istanza di contributo economico, per l'anno 2020, in favore di genitori conviventi, inoccupati o disoccupati, residenti nella Regione Abruzzo che hanno nel proprio nucleo familiare figli minori affetti da malattie rare certificate, croniche, gravi ed invalidanti come definite dall'Allegato al DPCM 12.01.2017 che comportino una disabilità gravissima e necessitano di una elevata intensità assistenziale nelle 24 ore, 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 **(obbligatorio)**	

ALLEGATO B

DICHIARA INOLTRE:

1. **DI ESSERE**: ☐ INOCCUPATO/A ☐ DISOCCUPATO/A
(barrare con una x la propria condizione occupazionale)

2. DI ESSERE IMPEGNATO/A IN SERVIZI DI CURA E ASSISTENZA CONTINUA NELLE 24 ORE DEL FIGLIO MINORE CONVIVENTE AFFETTO DA MALATTIA RARA:

Cognome e Nome:
Luogo e data di nascita:
Indirizzo di residenza:

3. **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 _____
☐ IN QUANTO CITTADINO/A EXTRACOMUNITARIA, IN POSSESSO DEL PERMESSO DI SOGGIORNO PER I SOGGIORNANTI DI LUNGO PERIODO DI DURATA NON INFERIORE A UN ANNO

5. CHE IL CONTRIBUTO ECONOMICO ASSEGNATO SARÀ UTILIZZATO ESCLUSIVAMENTE PER IL LAVORO DI CURA NEI CONFRONTI DEL MINORE ASSISTITO

6. 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.

7. COMUNICA ai fini dell'erogazione del contributo, e ai fini e nel rispetto della Legge n. 136/2010:

– che il conto corrente (bancario o postale) sul quale accreditare il contributo regionale richiesto, intestato o cointestato al/alla beneficiario/a, è il seguente:

IBAN:

presso_____

intestato a_____

ALLEGATO B

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

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 nel nucleo familiare e lo stato di inoccupazione o disoccupazione del richiedente, il sottoscritto si impegna a darne tempestivamente comunicazione scritta al Servizio "Tutela Sociale – Famiglia" della Regione Abruzzo.

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;

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) Allegato C: 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;
3) fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del genitore richiedente;
4) attestazione del reddito ISEE del nucleo familiare, in corso di validità,
5) permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo in corso di validità (**laddove ricorre il caso**).

Il/La sottoscritto/a autorizza l'Amministrazione al trattamento dei dati di cui viene in possesso ai fini del presente procedimento ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR - Regolamento UE 2016/679.

(luogo e data) _____ **Firma del/la richiedente**

_____