COMUNE DI FROSINONE - c_d810 - REG. UFFICIALE - 0068884 - Uscita - 07/11/2025 - 14:01
Comune di Pastena Prot. N.0005438 del 10-11-2025 arrivo cat7 cl.12

MODELLO A2

Al Comune di _____

da trasmettere all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B

"Interventi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura del caregiver familiare". Istanza di accesso agli interventi – annualità 2025/2026.

Il/La sottoscritto/a *(cognome)*_____*(nome)* _____
nato/a a _____prov. _____il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____tel. _____
e-mail _____
domicilio *(solo se diverso dalla residenza)* Comune di _____prov. _____
Via/Piazza _____n. _____
C.A.P. _____tel. _____
Codice fiscale

in qualità di

- ☐ caregiver familiare già formalmente riconosciuto dall'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD) del Distretto Sociale B - Frosinone
- ☐ caregiver familiare da riconoscere in sede di UVMD del Distretto Sociale B - Frosinone

di (inserire dati dell'assistito): *(cognome)*_____*(nome)* _____
nato/a a _____prov. _____il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____tel. _____
e-mail _____
domicilio *(solo se diverso dalla residenza)* Comune di _____prov. _____
Via/Piazza _____n. _____
C.A.P. _____tel. _____
Codice fiscale

Grado di parentela (rispetto al caregiver familiare) _____

- ❑ Convivente (rispetto al caregiver familiare)
- ❑ Non convivente (rispetto al caregiver familiare)

CHIEDE

nel rispetto dei requisiti richiesti e dei criteri di priorità di cui alla Nota informativa pubblicata e alle relative schede descrittive delle singole misure, di poter accedere alla/alle seguente/i misura/e ai sensi della vigente legislazione regionale. *(E' possibile barrare più opzioni. Le misure di seguito indicate non sono incompatibili e possono essere cumulate).*

- ❑ **(1)INTERVENTI DISTRETTUALI DI SOLLIEVO PROGRAMMATO TRAMITE UNITA' DI OFFERTA RESIDENZIALE** attraverso i quali i servizi territoriali , con la condivisione del caregiver familiare individuano la struttura ritenuta maggiormente rispondente al bisogno individuale e alla durata programmata del servizio di sollievo.

- ❑ **(1a)INTERVENTI DISTRETTUALI DI SOLLIEVO PROGRAMMATO IN AMBITO INTRAFAMILIARE (DOMICILIARE)** da attivare nella modalità diretta (assistenza fornita dai servizi territoriali) o indiretta attraverso la libera scelta da parte dell'utente/caregiver familiare dell'assistente alla persona o dell'operatore professionale.

- ❑ **(2)PROGRAMMI DISTRETTUALI DI ACCOMPAGNAMENTO FINALIZZATI ALLA DEISTITUZIONALIZZAZIONE E AL RICONGIUNGIMENTO DEL CAREGIVER FAMILIARE CON L'ASSISTITO O A PREVENIRE L'ISTITUZIONALIZZAZIONE DEL MEDESIMO ASSISTITO** finalizzati ad assicurare il trasferimento di persone con disabilità o non autosufficienti dalle strutture alla vita nella comunità per il ricongiungimento con il caregiver familiare o volti a garantire la permanenza dell'assistito presso il proprio domicilio.

- ❑ **(3)BUDGET PERSONALE DEL CAREGIVER FAMILIARE** finalizzato al riconoscimento di un contributo economico a fondo perduto destinato a sostenere il caregiver familiare nelle spese connesse alla cura della propria persona, al tempo libero, alla formazione e all'aggiornamento professionale presso centri autorizzati o accreditati della Regione Lazio. Ai fini dell'eventuale erogazione della misura il richiedente dovrà sottoscrivere uno specifico atto di responsabilità/impegno (Allegato 1_Caregiver_ dichiarazione di impegno all'uso conforme del budget personale del caregiver familiare).

- ❑ **(4)FORMAZIONE DEL CAREGIVER FAMILIARE** finalizzata al corretto svolgimento dell'attività di cura e assistenza mediante l'accesso a corsi gratuiti.

- ❑ **(5)PERCORSI DISTRETTUALI DI SOSTEGNO PSICOLOGICO INDIVIDUALE O DI GRUPPO** finalizzati a garantire al caregiver familiare un adeguato supporto nella gestione dello stress psicologico/emotivo anche in un'ottica di prevenzione su valutazione professionale e con decisione pienamente condivisa dal caregiver familiare stesso.

A tal fine DICHIARA

(ai sensi degli artt. 45 e 46 D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, DPR n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto DPR)

[ ] di trovarsi nella condizione (*status)* di caregiver familiare così come definito dall'art. 2 della Legge Regionale n. 5/2024 "*Il caregiver familiare, ai sensi dell'articolo 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, relativo al 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 maggio 2016, n. 76 (Regolamentazione delle unioni civili tra persone dello stesso sesso e disciplina delle convivenze) e successive modifiche, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero nei soli casi indicati dall'articolo 33,*

COMUNE DI FROSINONE - c_d810 - REG. UFFICIALE - 0068884 - Uscita - 07/11/2025 - 14:01
Comune di Pastena Prot. N.0005438 del 10-11-2025 arrivo cat7 cl.12

comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate) e successive modifiche, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e i grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continuità di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della L. 104/1992 o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18 (Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili) e successive modifiche.

Consapevole dell'obbligo di rendere tutte le dichiarazioni poste a seguire per consentire il corretto svolgimento delle procedure di valutazione dell'istanza da parte dell'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD) del Distretto Sociale B - Frosinone,

DICHIARA altresì

[ ] di essere consapevole che, in caso di elevato numero di richieste e dotazione finanziaria insufficiente, per l'accesso alle misure indicate in precedenza, si terrà conto dei seguenti criteri di priorità:

a) situazione familiare (esempio convivenza del caregiver familiare o unico parente della persona con disabilità/non autosufficiente) e professionale del caregiver familiare, nell'ottica dell'intera rete di supporto nell'attività di assistenza;

b) valutazione professionale (UVMD) del carico di cura. Il carico è commisurato alla gravità delle condizioni della persona assistita, all'intensità dell'impegno, alla convivenza, agli impegni di cura del caregiver familiare prolungati nel tempo per sostenere , quotidianamente, ed assistere la persona con disabilità congenita o acquisita in giovane età;

c) eventuale compresenza di altri servizi socio assistenziali attivi, da PPA, in favore della persona con disabilità o non autosufficiente;

d) ISEE del caregiver familiare.

[] di impegnarsi, in caso di ammissione alla/alle citata/e misura/e, a dare tempestiva comunicazione all'Ufficio di Piano, in caso di eventuale ricovero o di decesso dell'assistito nei confronti del quale si prestano attività di cura e di assistenza;

[ ] di essere a conoscenza che le misure di cui trattasi potranno essere assegnate, agli aventi diritto, a decorrere dalla data in cui il Distretto Sociale B disponga delle risorse necessarie a soddisfare le singole richieste secondo i previsti requisiti ed i citati ordini di priorità;

[ ] di aver preso visione dell'**Informativa sul trattamento dei dati personali** allegata al presente Modello di domanda;

[ ] che lo stato di famiglia del richiedente/caregiver familiare è il seguente:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

Luogo e data _____

Firma del richiedente caregiver familiare

COMUNE DI FROSINONE - c_d810 - REG. UFFICIALE - 0068884 - Uscita - 07/11/2025 - 14:01
Comune di Pastena Prot. N.0005438 del 10-11-2025 arrivo cat7 cl.12

ALLEGA

[ ] Scheda di certificazione Medico Legale INPS dell'assistito, attestante la sussistenza della condizione di non autosufficienza ai sensi della L. 508/88 (Indennità di accompagnamento) o di disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3 della L. 104/92;

[ ] Attestazione ISEE regolare e in corso di validità del richiedente/caregiver familiare;

[ ] Richiesta di riconoscimento dello *status* di caregiver familiare *(Modello Allegato A1)* debitamente compilata e sottoscritta dal richiedente e dall'assistente sociale del Comune di residenza (solo per coloro che non siano già stati formalmente riconosciuti in sede di UVMD);

[ ] Dichiarazione di responsabilità/impegno in merito all'uso conforme del "Budget personale del caregiver familiare", quindi non per spese di cui è esclusa l'ammissibilità *(Allegato 1)*per i soli richiedenti della misura "Budget personale del caregiver familiare"*;*

[ ] Copia del documento di identità in corso di validità e del C.F. del richiedente /caregiver familiare;

[ ] Copia del documento di identità in corso di validità e del C.F. dell'assistito;

[ ] Copia del codice IBAN del richiedente/caregiver familiare delle misure volte alla valorizzazione del ruolo di cura ed assistenza del caregiver familiare *(non riferito al libretto postale)*;

[ ] Altro *(specificare)* _____

CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

Tel.* _____ E-mail* _____

***campi obbligatori**

Luogo e data _____

Firma del richiedente caregiver familiare

_____