

All'ASP San Vincenzo de' Paoli

**Avviso pubblico per la concessione di contributi economici a favore di persone anziane
per l'inserimento in strutture residenziali o a supporto di assistente familiare (badante)**

DOMANDA DI CONTRIBUTO

Il/La sottoscritto/a _____¹ nato/a a _____

il _____, Codice fiscale _____

residente nel Comune di _____, Via _____ n. _____

e-mail _____ PEC (eventuale) _____

Familiare di riferimento (caregiver principale): Sig./Sig.a _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

E-mail _____

CHIEDE

1) ai sensi dell'avviso pubblico sopra citato, la concessione di un contributo ad integrazione della retta per l'inserimento (*barrare la voce che interessa*):

permanente

di sollievo (30 giorni)

temporaneo della durata di _____ giorni per le seguenti esigenze del caregiver principale (specificare)

_____ presso _____ la _____ **struttura** _____ **residenziale** _____ denominata _____ ubicata nel Comune di _____ Via _____, appartenente alla tipologia

(*barrare una delle caselle*):

Casa Residenza Anziani non autosufficienti (CRA)

Casa di Riposo

Comunità Alloggio rientrante nella "White List"

Casa Famiglia/Gruppo appartamento rientrante nella "White List".

Retta giornaliera applicata nella struttura prescelta € _____

Inserimento effettuato in data _____

¹ La domanda va presentata a nome dell'anziano beneficiario

Oppure (barrare alternativamente)

- la concessione di un contributo ad integrazione dello stipendio di un'assistente familiare (badante) per l'assistenza dell'anziano presso il proprio domicilio per non meno di 20 ore settimanali, stipulato in data antecedente la pubblicazione del bando.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità personale,

DICHIARA

A) *(barrare una delle seguenti voci):*

- di avere residenza anagrafica nel Comune di Civitella di Romagna da oltre 5 anni
 (solo in caso di residenza anagrafica acquisita presso la struttura) di avere avuto residenza anagrafica nel Comune di Comune di Civitella di Romagna subito prima dell'ingresso in struttura

B) *(da compilare solo in caso di età inferiore a 65 anni)* di possedere valutazione UVG attestante la condizione di non autosufficienza caratterizzata da patologie e bisogni assistenziali tipici dell'età senile

C) di essere in condizione di non autosufficienza, attestata da *(barrare una delle seguenti voci):*

[a] valutazione di non autosufficienza rilasciata dall'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) nei cinque anni antecedenti la presentazione della domanda;

[b] *in assenza della valutazione di cui al precedente punto [a]:*

verbale di riconoscimento invalidità civile 100% con indennità di accompagnamento

senza indennità di accompagnamento

verbale di riconoscimento invalidità civile pari o superiore al 65%

D) di avere una situazione economica familiare inadeguata a sostenere i costi dell'assistenza all'anziano, risultante da *(barrare una sola voce):*

(a) valore ISEE socio-sanitario/ordinario del nucleo dell'anziano anno 2024 pari a
€ _____ *(non superiore a euro 40.000,00);*

(b) nell'impossibilità² di acquisire l'ISEE relativo all'anno 2024: valore ISEE socio-sanitario /ordinario del nucleo dell'anziano relativo all'anno 2023 pari a € _____ *(non superiore a euro 40.000,00)*, dichiarando che non sono intervenute significative variazioni nella situazione economica del nucleo;

D2) assenza in capo al nucleo dell'anziano di seconde case di proprietà;

E) che l'anziano non beneficia di altri contributi specifici, per l'assistenza residenziale stabile (quali i contributi INPS Long Term Care) o per l'assistenza residenziale di sollievo/temporanea (quali i contributi INPS Home Care Premium) o altri contributi assimilabili;

In caso di presenza di assistente familiare:

² Es. qualora l'anziano richiedente non abbia familiari o altre figure di sostegno in condizione di presentare la Dichiarazione sostitutiva (DSU) per il rilascio dell'ISEE

(*) Per la persona incapace:

L'Amministratore di sostegno / Tutore / Curatore Sig./Sig.ra _____

firma _____

(**) In caso di impedimento temporaneo dell'anziano, per ragioni connesse allo stato di salute³:

Il parente Sig./ra _____ grado parentela _____

firma _____

Documenti da allegare:

- **attestazione ISEE 2024;**
- **verbale di invalidità oppure verbale UVG;**
- **attestazione di pagamento dell'ultima retta della casa di riposo (o assimilata);**
- **copia contratto e busta paga assistente familiare;**
- **fotocopia documenti di identità del beneficiario e del sottoscrittore;**
- **eventuale atto di nomina dell'Amministratore di sostegno / Tutore / Curatore**

³ *La domanda/dichiarazione, ai sensi dell'art. 4, comma 2° DPR 445/2000, può essere resa, nell'interesse dell'anziano, dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante*