

24 NOV 2022

PROTOCOLLO N.
114537**DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 34**

Carini Comune capofila - Capaci - Cinisi - Isola delle Femmine - Terrasini - Torretta

Avviso Pubblico Distrettuale per la presentazione delle istanze per l'accesso al beneficio economico "una tantum" per il sostegno al ruolo di cura e di assistenza – bonus Caregiver familiare (Fondo anni 2018 – 2019 – 2020).

SCADENZA 14 DICEMBRE 2022

Si informano i cittadini residenti nei Comuni di Carini, Capaci, Cinisi, Isola delle Femmine, Terrasini e Torretta, appartenenti al Distretto Socio-Sanitario n. 34, che ai sensi della Delibera di Giunta Regionale n. 360 del 25 luglio 2022 e del Decreto del Dirigente del servizio 7° - Fragilità e povertà del Dipartimento della famiglia e delle politiche sociali n. 1528 del 6 settembre 2022, sono aperti i termini per la presentazione delle istanze per l'accesso al beneficio economico una tantum per i "Caregiver familiari" di:

- soggetti affetti da *disabilità gravissima* di cui all'art. 3 del DM. 26.09.2016;
- soggetti affetti da *disabilità grave* di cui all'art. 3 comma 3 della L. 104/1992 e/o con invalidità al 100% e indennità di accompagnamento riconosciuta.

Possono presentare istanza di accesso al beneficio, i Caregiver dei disabili gravi e gravissimi residenti nel territorio del Distretto socio-sanitario n. 34.

L'istanza e gli allegati di seguito indicati, dovranno essere presentati presso il Comune di Residenza del disabile a cui fanno riferimento, entro e non oltre il 14 dicembre 2022.

Per "*Caregiver familiare*", ai sensi della L. n. 205 del 27/12/2017, si intende "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 (di cui alla L. 76/2016), di un familiare o di un affine entro il secondo grado. Sono altresì Caregiver i soggetti di cui ovvero all'art. 33 c. 3 della L. 104/1992.

Modalità di presentazione delle istanze**CAREGIVER DISABILI GRAVI**

Per i Caregiver familiari dei disabili gravi, l'istanza compilata secondo il modello allegato al presente Avviso (Modello istanza Caregiver disabili gravi), dovrà essere presentata "brevi manu" o attraverso raccomandata A/R al Comune di residenza del disabile assistito o all'indirizzo pec del Comune di residenza. L'istanza, contenente la dichiarazione dalla quale si evince l'attività di cura del disabile grave e l'indicazione del codice iban su cui accreditare il contributo, dovrà essere inserita in un plico chiuso recante in oggetto la seguente dicitura: "Richiesta Bonus Caregiver familiare - Disabile Grave". L'istanza dovrà essere corredata dalla seguente documentazione:

- copia del documento di riconoscimento del Caregiver familiare;
- verbale della Commissione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992, dalla quale emerge la non autosufficienza del soggetto o verbale di invalidità con accompagnamento.

La documentazione da allegare dovrà essere quella da cui si evince la patologia.

CAREGIVER DISABILI GRAVISSIMI

Per i Caregiver familiari dei disabili gravissimi, l'istanza compilata secondo il modello allegato al presente Avviso (Modello istanza Caregiver disabili gravissimi), dovrà essere presentata "brevi manu" o attraverso raccomandata A/R al Comune di residenza del disabile assistito. L'istanza, nella quale indicare il codice iban su cui accreditare il contributo, dovrà essere inserita in un plico chiuso recante in oggetto la seguente dicitura: "Richiesta Bonus Caregiver familiare - Disabile Gravissimo". L'istanza dovrà essere corredata dalla seguente documentazione:

- ✎ copia del documento di riconoscimento del Caregiver familiare;
- ✎ copia del Patto di Cura.

Per entrambe le tipologie di Caregiver, le istanze devono essere presentate al Comune di residenza del disabile assistito.

Non verranno accolte istanze pervenute oltre il termine stabilito.

Il beneficio economico erogato a ciascun Caregiver ammesso, sarà commisurato all'ammontare complessivo delle risorse che la Regione ha trasferito al Distretto SS 34 (pari a € 63.883,42 per i Caregiver familiari dei disabili gravi, ed € 34.398,76 per i Caregiver familiari dei disabili gravissimi), al numero complessivo delle istanze ammesse e agli anni di cura e assistenza effettivamente prestati dal Caregiver nel periodo di riferimento (2018 – 2019 e 2020).

Ai fini dell'ammissibilità dell'istanza, per ciascun anno di riferimento, non sarà possibile ammettere le richieste di più Caregiver per lo stesso soggetto affetto da disabilità. In tali casi la commissione di valutazione delle istanze, che sarà nominata dopo la scadenza del presente avviso, attiverà la procedura di "soccorso istruttorio" chiedendo agli interessati di indicare un solo Caregiver.

Il Coordinatore del Distretto
Socio-Sanitario n.34
Dr. Pietro Migliore

Il Vice Sindaco del Comune Capofila del D.S.S. N.354
Assessore alle Politiche Sociali
Salvatore Badalamenti



DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 34
Carini Comune capofila - Capaci - Cinisi - Isola delle Femmine - Terrasini -Torretta

MODELLO ISTANZA PER LA RICHIESTA DEL BONUS CAREGIVER FAMILIARE
DISABILI GRAVI

All'Ufficio di Servizio Sociale
del Comune di _____
Distretto Socio Sanitario n.34
SEDE

Il sottoscritto _____, nato a _____, il
_____ e residente a _____, in via _____ n.
_____, codice fiscale _____, cell.n. _____,
e-mail _____

consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n° 445 sulla responsabilità penale
cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità:

CHIEDE

di essere ammesso al beneficio economico *una tantum* per il sostegno al ruolo di cura e assistenza –
bonus *Caregiver* familiare (fondo anni 2018 – 2019 – 2020), svolto in favore di _____, nato
a _____, il _____, residente a _____,
riconosciuto disabile grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992 o in possesso della
certificazione di invalidità al 100% con il riconoscimento dell'impossibilità di svolgere gli atti quotidiani
senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, nei seguenti anni (barrare casella):

- 2018
 2019
 2020

DICHIARA

1. di essere *Caregiver* familiare ai sensi dell'art. 1 c. 255 della Legge 205/2017, indicare il grado di
parentela _____;
2. che il disabile possiede la certificazione di cui all'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992, o in possesso
della certificazione di invalidità al 100% con il riconoscimento dell'impossibilità di svolgere gli atti
quotidiani senza l'aiuto permanente di un accompagnatore dal _____.
3. che il codice IBAN per l'accreditamento del contributo è il seguente _____

Allega alla presente istanza:

- copia del documento di riconoscimento del *Caregiver* familiare;
- verbale della Commissione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L.
104/1992, dalla quale emerge la non autosufficienza del soggetto o verbale di invalidità con
accompagnamento. La documentazione da allegare dovrà essere quella da cui si evince la patologia;

Luogo e Data _____

Firma



DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 34

Carini Comune capofila - Capaci - Cinisi - Isola delle Femmine - Terrasini -Torretta

**MODELLO ISTANZA PER LA RICHIESTA DEL BONUS CAREGIVER FAMILIARE
DISABILI GRAVISSIMI**

All'Ufficio di Servizio Sociale
del Comune di _____
Distretto Socio Sanitario n.34
SEDE

Il sottoscritto _____, nato a _____, il
_____ e residente a _____, in via _____ n.
_____, codice fiscale _____, cell.n. _____, e-
mail _____

consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n° 445 sulla responsabilità penale
cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità:

CHIEDE

di essere ammesso al beneficio economico *una tantum* per il sostegno al ruolo di cura e assistenza –
bonus *Caregiver* familiare (fondo anni 2018 – 2019 – 2020), svolto in favore di _____, nato
a _____, il _____, residente a _____,
riconosciuto gravissimo ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016, nei seguenti anni (barrare
casella):

- 2018
 2019
 2020

DICHIARA

1. di essere *Caregiver* familiare ai sensi dell'art. 1 c. 255 della Legge 205/2017, indicare il grado di
parentela _____;
2. che il disabile gravissimo è stato valutato ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016
dal _____;
3. che il codice IBAN per l'accreditamento del contributo è il seguente _____.

Allega alla presente istanza:

- copia del documento di riconoscimento del *Caregiver* familiare;
- copia del Patto di Cura.

Luogo e Data _____

Firma
