

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 49

Carlentini



Lentini



Francofonte



A.S.P. Siracusa



AVVISO PUBBLICO

BONUS CAREGIVER ANNO 2021 CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM

a valere sul Fondo per il sostegno al ruolo di cura e di assistenza al familiare
disabile grave/gravissimo

Vista la delibera n. 360 del 25 Luglio 2022 con la quale la Giunta Regionale ha approvato la programmazione concernente il "Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare" per l'anno 2021 ed ha stabilito di ripartire le risorse del "Fondo Caregiver" ai Distretti dell'Isola sulla base del censimento numerico della popolazione distrettuale riferito all'anno 2022 e di destinare la quota del 65% del Fondo per i caregiver di familiari gravi e la quota del 35% per i caregiver di familiari gravissimi;

Vista la direttiva prot. 3276 del 30/01/2023 che fornisce chiarimenti in ordine all'utilizzo del Fondo al fine di uniformare l'operato dei Distretti;

Visto che con il D.R.S. n. 1647 del 19/06/2023 il Servizio 7° del Dipartimento regionale famiglia e politiche sociali ha liquidato al Distretto Socio Sanitario 49 la somma di € 19.775,00 da destinare ai caregivers di familiari affetti da disabilità grave (€ 12.853,75) e gravissima (€ 6.921,25) residenti nei comuni di Lentini, Carlentini e Francofonte a titolo di riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale svolta nei confronti del familiare;

Visto che analogamente ai criteri di ripartizione regionale la somma distrettuale di € 19.775,00 risulta così distinta a livello comunale:

Distretto 49	Popolazione Istat anno 2022	Caregiver familiari gravi - 65%	Caregiver familiari gravissimi - 35%
€ 19.775,00		€ 12.853,75	€ 6.921,25
Lentini	21.926	€ 5.528,93	€ 2.977,12
Carlentini	17.160	€ 4.327,11	€ 2.329,98
Francofonte	11.888	€ 2.997,71	€ 1.614,15

Precisato che:

è caregiver familiare, ai sensi dell'art.1, c. 255, della legge n.205/2017, "la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso (legge 76/2016) o del convivente di fatto, di un familiare o di un affine entro il secondo 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 o sia titolare di indennità di accompagnamento"; è, altresì, caregiver il soggetto di cui all'art. 33 c.3 della Legge 104/92;

è gravissimo il disabile che a seguito di valutazione multidimensionale dell' ASP è stato riconosciuto gravissimo ai sensi dell'art.3 del D.M 26 settembre 2016 ed ha sottoscritto il Patto di Cura;

è grave, ai fini della presente misura, il disabile che a causa di malattia, infermità o disabilità, non è autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, è stato riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/92 o invalido al 100% con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento.

SI RENDE NOTO

che i caregiver di familiari disabili riconosciuti gravi o gravissimi nel corso dell'anno 2021, o anni precedenti, possono presentare istanza presso il comune di residenza del familiare assistito anche se già deceduto alla data di pubblicazione del presente bando (ma in vita nell'anno 2021).

Non rientrano nel presente avviso "Bonus Caregiver 2021" i disabili riconosciuti gravi/gravissimi negli anni successivi al 2021.

Sono esclusi dal beneficio i caregiver di familiari gravi/gravissimi ricoverati presso una struttura assistenziale.

Il **BONUS CAREGIVER 2021** verrà erogato dal Comune di residenza del disabile nei limiti delle risorse trasferite dalla Regione, come sopra distinte, e sulla base del numero di istanze ammesse al beneficio.

Le amministrazioni comunali provvederanno ad effettuare il controllo dei dati forniti dai richiedente a mezzo delle competenti autorità.

Il modello di domanda potrà essere ritirato presso gli uffici dei servizi sociali dei Comuni del Distretto 49.

L'istanza, corredata dalla documentazione indicata nel modello di domanda, dovrà essere presentata entro giorno **1 DICEMBRE 2023**.

Non saranno istruite le istanze presentate oltre il termine stabilito.

I Sindaci

Giuseppe Stefio

Rosario Lo Faro

Daniele Nunzio Lentini

Al Signor Sindaco del Comune di _____
del Distretto Socio Sanitario 49
(Ufficio Servizi Sociali)

OGGETTO: ISTANZA PER L'ACCESSO AL CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM - BONUS CAREGIVER ANNO 2021 PER IL SOSTEGNO AL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DI UN FAMILIARE DISABILE GRAVISSIMO/GRAVE.-

Il/La Sottoscritt _____

nat_ a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

codice fiscale _____ tel. _____

cell. _____ e-mail _____

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del DR 445/2000

CHIEDE

Il contributo economico una tantum per il sostegno al ruolo di cura e di assistenza in favore di _____, nat_ a _____ il _____, residente a _____ via _____ n. _____

(segnare con una X la gravità)

- riconosciuto **gravissimo** ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26/09/ 2016;
 riconosciuto **grave** ai sensi dell'art.3, c. 3, L.104/92 o invalido 100% con accompagnamento;

al tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del DPR 445/2000

DICHIARA

Di essere caregiver ai sensi dell'art. 1, comma 255, della legge n.205/2017 del familiare disabile
(cognome e nome) _____ (grado di parentela) _____

Che il familiare disabile: (segnare con una crocetta X il caso che ricorre)

- è stato valutato **gravissimo** ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26/09/2016 nell' anno _____ ;
 è stato riconosciuto **grave** ai sensi dell'art .3 c. 3 L.104 o invalido al 100% con indennità di accompagnamento in data _____ ;

Che il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno (oppure) è ricoverato dal _____

Che il familiare disabile è in vita (oppure) è deceduto in data _____



Allega alla presente:

- fotocopia del documento di identità e del codice fiscale del Caregiver;
- fotocopia del documento di identità e del codice fiscale del familiare disabile;
- dichiarazione conto corrente su cui accreditare il contributo;
- in busta chiusa con la dicitura **“Contiene dati sensibili”**
 - copia del Patto di Cura riattualizzato (nel caso di familiare disabile gravissimo);
 - copia verbale della commissione INPS attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 104/92 (con diagnosi) o verbale di invalidità del 100% con indennità di accompagnamento (con diagnosi) (nel caso di familiare disabile grave).

La Sign.ra/ il Sig. _____ autorizza il trattamento dei dati, inclusi quelli di natura sanitari, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, che qui si intende interamente richiamata.

IL RICHIEDENTE

Dichiarazione modalità di pagamento “Bonus caregiver anno 2021”- Contributo una tantum per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza di familiari disabili gravi e gravissimi”

Il/la sottoscritto/a _____, nat_ a _____
Prov. _____ il _____ e residente in _____
via _____ n. _____
tel./ cell. _____ e-mail _____

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

In qualità di: (segnare con una X il caso che ricorre)

- caregiver del familiare disabile grave _____
- caregiver del familiare disabile gravissimo _____

CHIEDE

che il pagamento delle somme spettanti il “Bonus caregiver - Contributo una tantum per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza di familiari disabili gravi e gravissimi **anno 2021**” sia effettuato nella seguente modalità:

- carta prepagata (con iban abilitata alla ricezione di bonifici bancari da parte di Pubbliche Amministrazioni)
- accredito su conto corrente bancario o postale (**no libretto/conto di risparmio**)

intestato a _____

(il conto corrente o la carta prepagata deve essere intestato o cointestato al richiedente il beneficio)

IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SI IMPEGNA a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione.

DICHIARA di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 del D.Lgs n. 196 del 30/03/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

IL DICHIARANTE
