All’Ufficio di Piano dei servizi sociali Ecad n. 5 Montagne Aquilane

via Cavour n. 43 67021 Barisciano (AQ).

Pec. montagnalaquila@pec.it

**Oggetto: Domanda di richiesta assegnazione voucher per Caregiver familiari bando L’Aquila Family Care.**

Il/la sottoscritto/a……………………………………………………………………………………… Nato/a il .........../……./……………..

a……………………………………………………….Prov. ( ) Codice Fiscale ……………………………………………………………………..

Residente in via …………………………………………………………………………n. ….. Comune ………………………………………….

Cap………… Provincia…….. Telefono cellulare………………………………….telefono abitazione………………………………… email………………………………………

Tipologia documento riconoscimento ……………………………………………………………..n…………………………………………

Rilasciato da ………………………………………………………….in data…../…./……. Scadenza ……../………/………..

Cittadini stranieri o soggiornanti di lungo periodo indicare numero del permesso………………….data rilascio……../……/……… Eventuale data scadenza……../……/……… questura che lo ha rilasciato.

**CHIEDE**

Di partecipare all’avviso pubblico del Comune di L’Aquila denominato “L’Aquila family Care” dell’avviso Abruzzo Care Family approvato con determina dirigenziale n. 38/DPF013 del 09/04/2018, consapevole delle sanzioni penali previste dall’articolo 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

Di essere residente nel comune di …………………………................................di essere persona appartenente a un nucleo familiare con presenza di persone aventi una o più tipologie di seguito riportate: (barrare la casella d’interesse)

**INVALIDI CIVILI DI ETÀ COMPRESA TRA 18 E 65 ANNI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DISABILITA’ MEDIA** | **GRAVE DISABILITA’** | **DISABILITA’ GRAVISSIMA** |
| Invalidi 67 a 99% (D.Lgs. 509/88)  | Inabili totali (L. 118/71, artt. 2 e 12)  | Cittadini di età compresa tra 18 e 65 anni con diritto all’indennità di accompagnamento (L. 508/88, art. 1, comma 2, lettera b)  |  |

**INVALIDI CIVILI MINORI DI ETA’**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DISABILITA’ MEDIA** | **GRAVE DISABILITA’** | **DISABILITA’ GRAVISSIMA** |  |
| Minori di età con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni propri della loro età L. 118/71, art. 2 diritto all’indennità di frequenza | Minori di età con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età e in cui ricorrano le condizioni di cui alla L. 449/1997, art. 8 o della L. 388/2000, art. 30 | Minori di età con diritto all’indennità di accompagnamento ( L. 508/88, art. 1 |  |

**INVALIDI CIVILI ULTRA 65ENNI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DISABILITA’ MEDIA** | **GRAVE DISABILITA’** | **DISABILITA’ GRAVISSIMA** |  |
| Ultrasessantacinquenni con Difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni propri della loro età, invalidi 67 a 99% (D. Lgs. 124/98, art. 5, comma 7)  | Ultrasessantacinquenni con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni propri della loro età, inabili 100% (D.Lg s. 124/98, art. 5, comma 7) |  Cittadini ultrasessantacinquenni con diritto all’indennità di accompagnamento (L. 508/88, art. 1, comma 2, lettera b) |   |

**CIECHI CIVILI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DISABILITA’ MEDIA** | **GRAVE DISABILITA’** | **DISABILITA’ GRAVISSIMA** |  |
| Art 4, L.138/2001 | Ciechi civili parziali (L. 382/70 L. 508/88 L. 138/2001) |  Ciechi civili assoluti (L. 382/70 L. 508/88 L. 138/2001 |  |

**SORDI CIVILI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **DISABILITA’ MEDIA** | **GRAVE DISABILITA’** | **DISABILITA’ GRAVISSIMA** |  |
| Invalidi Civili con cofosi esclusi dalla fornitura protesica (DM 27/8/1999, n. 332) |  Sordi pre-linguali, di cui all’art. 50 L. 342/2000 |  |  |

**INPS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DISABILITA’ MEDIA** | **GRAVE DISABILITA’** | **DISABILITA’ GRAVISSIMA** |  |
| Invalidi (L. 222/84, artt. 1 e 6 D.Lgs. 503/92, art. 1, comma 8) | Inabili (L. 222/84, artt. 2, 6 e 8) | Inabili con diritto all’assegno per l’assistenza personale e continuativa (L. 222/84, art. 5) |  |

**INAIL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DISABILITA’ MEDIA** | **GRAVE DISABILITA’** | **DISABILITA’ GRAVISSIMA** |  |
| Invalidi sul lavoro 50 a79% DPR 1124/65, art. 66 Invalidi sul lavoro 35 a 59 % (D.Lgs. 38/2000, art.13 DM 12/7/2000 L. 296/2006, art 1, comma 782)  | Invalidi sul lavoro da 80 a 100% DPR 1124/65,art. 66) Invalidi sul lavoro >59% (D.Lgs 38/2000, art. 13 DM 12/7/2000 L. 296/2006, art 1, comma 782 | Invalidi sul lavoro con diritto all’assegno per l’assistenza personale e continuativa (DPR 1124/65 art. 66) Invalidi sul lavoro con menomazioni dell’integrità psicofisica di cui alla L.296/2006, art 1, comma 782 |  |

**Accertamento Handicap Legge 5 febbraio 1992 n. 104, legge 3 agosto 2009 n.102**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DISABILITA’ MEDIA** | **GRAVE DISABILITA’** |  |
| Persona con handicap a cui non è stata riconosciuta la gravità art. 3 comma 1 legge 104/1992 | Persona con handicap con connotazione di gravità art. 3 comma 3 legge 104 |  |

**SITUAZIONE ECONOMICA FAMILIARE E LAVORATIVA (barrare casella d’interesse)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CRITERIO** | **PARAMETRO** |  |  |
| VALORE ISEE | DA 0 A 2000, 00 €  | DA 2001,00 € A 4000,00 €  | DA 4001,00 € A 6000,00 €  | Oltre 6000 |  |
| CONDIZIONE LAVORATIVA | DISOCCUPATO DA OLTRE 24 MESI | DISOCCUPATO DA MENO DI 24 MESI  | INOCCUPATO |  |  |
| SITUAZIONE FAMILIARE | DA SOLO O MONOPARENTERALE O MONOGENITORIALE | NUCLEO FAMILIARE COMPOSTO FINO A 3 PERSONE | NUCLEO FAMILIARE COMPOSTO DA PIU’ DI 3 PERSONE |  |  |
| ETA’ | OLTRE 45 ANNI  | DA 30 A 45 ANNI  | DA 18 A 29 |  |  |

**CONSENSO DEL CAREGIVERE AFREQUENTARE IL CORSO FORMATIVO DI 400 ORE PER LA QUALIFICA PROFESSIONALE DI ASSISTENTE FAMILIARE**

Nome e cognome……………………………………………………….

Luogo e data di nascita………………………………………………….

Codice fiscale………………………………………………………………..

Telefono …………………………………………………………………………

Mail ………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Acconsento a frequentazione corso  | Si |
| Non acconsento a frequentazione corso  | NO |

Si allegano:

* Documento di identità attinente a quanto riportato nella domanda.
* Certificato stato famiglia
* Certificato Isee (Ristretto)
* Certificato attivazione invalidità civile e/o handicap dell’assistito
* Titolo di soggiorno per stranieri
* Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del art. 13 del regolamento (Ue9 2016/679

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_