Allegato A

Al distretto sociosanitario RM 6.3 Sede di _____

protocollo@pec.comune.marino.rm.it
protocollo@pec.comune.ciampino.roma.it

Oggetto: "Interventi in favore dei Caregiver familiari riconosciuti" - **Modello di domanda** - annualità 2026 (articoli 6 e 7 della legge regionale n. 5/2024).

Dichiarazione sostitutiva
(artt. 46 e 47 DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome)_____

Nato/a il_____a_____

Codice fiscale_____

Residente a _____CAP_____

In via_____

Telefono_____e-mail_____

consapevole che, in caso di dichiarazioni non veritiere, verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 del DPR n. 445/2000),

D I C H I A R A

Di essere il Caregiver familiare di _____

(nome e cognome), residente a _____ (_____)

in via _____

In possesso della Card del Caregiver n. _____;

Di essere *(barrare con una X la fattispecie)*:

- ☐ cittadino italiano;
- ☐ cittadino di uno Stato membro dell'UE;
- ☐ cittadino di Paesi terzi, in possesso di regolare permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo.

Comune di Marino Prot. N.0093189 del 06-11-2026 partenza Cat7 Cl.15

C H I E D E

Di essere ammesso agli interventi di sostegno in favore dei Caregiver familiari riconosciuti che si prendono cura della persona con disabilità o non autosufficiente, promossi dal presente Avviso pubblico del Distretto sociosanitario RM 6.3, in attuazione di quanto previsto dagli articoli nn. 2, 6 e 7, della legge regionale n. 5/2024 e dalle deliberazioni di Giunta regionale n. 781/2024, n. 285/2025, n. 985/2025 e n. 1317/2025;

In particolare, di poter accedere alle seguenti misure di sostegno economico (integrabili tra loro nei confronti dello stesso Caregiver familiare riconosciuto e fino a concorrenza delle risorse disponibili) ***barrare con una X la/le fattispecie di interesse***:

- ☐ A) BUDGET PERSONALE (articolo 7, della legge regionale n. 5/2024): contributo a fondo perduto (una tantum), finanziato in via sperimentale dalla Regione Lazio a valere sul fondo di cui all'articolo 14, comma 1 della l.r. n. 5/2024, denominato "Budget personale del Caregiver familiare", per spese connesse alla cura della sua persona, al tempo libero, alla formazione e all'aggiornamento professionale presso centri autorizzati o accreditati dalla Regione (articolo 7, comma 5, della l.r. n. 5/2024), nei limiti ISEE indicati nell'Avviso;
- ☐ B) SUPPORTO PSICOLOGICO (articolo 6, comma 1, lettera a, punto 3, della legge regionale n. 5/2024 e articolo 2, lettera d del decreto 8 gennaio 2025): rimborso parziale annuale per il supporto psicologico terapeutico ed emotivo/relazionale, mirato al conseguimento e mantenimento del benessere e dell'equilibrio personale e familiare, nonché per prevenire l'isolamento e i fattori di rischio di stress psico-fisico legati all'attività di cura e assistenza prestata, nei limiti ISEE indicati nell'Avviso;
- ☐ C) PRESTAZIONI TEMPORANEE DI SOLLIEVO DOMICILIARE (articolo 6, comma 1, lettera a, punto 4, della L.r. n. 5/2024): rimborso parziale annuale per la sostituzione "temporanea" di sollievo nella modalità indiretta, quale momento di pausa dall'impegno di cura, in sostituzione temporanea di quelle quotidianamente prestate dal Caregiver familiare.

D I C H I A R A A L T R E S Ì

Di trovarsi nella seguente situazione familiare *(barrare con una X la/le fattispecie)*:

- ☐ caregiver in nuclei monogenitoriali o monoparentale;
- ☐ essere riconosciuto Caregiver Genitore;
- ☐ caregiver convivente con la persona con disabilità/non autosufficiente di cui si prende cura;
- ☐ essere riconosciuto Giovane Caregiver;

Che il nucleo familiare del suo/a assistito/a è così composto:

Cognome e nome	Data e luogo di nascita	Grado di parentela

Comune di Marino Prot. N.0093189 del 06-11-2026 partenza Cat7 Cl.15

Di trovarsi nella seguente situazione sociosanitaria e socioassistenziale *(barrare con una X la/le fattispecie)*:

- ☐ caregiver di persona nella lista di attesa per gli interventi in favore di persone in condizione di disabilità gravissima (DM 2016);
- ☐ caregiver di persona in condizione di disabilità gravissima (DM 2016);
- ☐ caregiver di persona in condizione di disabilità complessa, congenita o acquisita in giovane età, con impegno assistenziale prolungato nel tempo;
- ☐ caregiver di persona che non fruisce di alcun servizio distrettuale;
- ☐ caregiver in condizione di inoccupazione/disoccupazione;
- ☐ caregiver di persona che fruisce di meno di 12 ore mensili di assistenza domiciliare in forma indiretta.

D I C H I A R A I N O L T R E

Di possedere l'Attestazione ISEE ordinario in corso di validità, ovvero di aver presentato la DSU (dichiarazione sostitutiva unica) almeno alla data di presentazione della presente domanda. (In caso di mancato possesso di attestazione ISEE o DSU, i richiedenti saranno esclusi dagli interventi lettere A e B, mentre per la lettera C riceveranno un punteggio per la situazione economica pari a zero).

Di impegnarsi all'uso conforme dei contributi economici, quindi: non per spese di cui ne viene esclusa l'ammissibilità, come indicato all'art. 3 dell'Avviso pubblico;

Di non usufruire di altri contributi economici per gli stessi interventi oggetto del presente Avviso (esempio: Bonus Psicologico erogato dall'INPS Decreto – Legge n. 228/2021 convertito dalla Legge n. 15/2022 e circolare INPS n. 124 dell'11-09-2025).

Si allegano alla presente:

1. ISEE o riferimenti della DSU del Caregiver familiare riconosciuto in corso di validità;
2. copia di un documento di identità del Caregiver familiare in corso di validità;
3. copia del verbale del riconoscimento della condizione di disabilità ai sensi della L.104/1992 art. 3 c. 3 e/o indennità di accompagnamento dell'assistito;
4. copia dell'Iban intestato al richiedente. Non saranno accettati IBAN riportati manualmente;

Luogo e data _____Firma del Caregiver _____

A U T O R I Z Z A

il trattamento dei propri dati personali inseriti nella presente dichiarazione ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679), per i fini propri della presente dichiarazione.

Luogo e data _____Firma del Caregiver _____

Comune di Marino Prot. N.0093189 del 06-11-2026 partenza Cat7 Cl.15