ALLEGATO B)

ISTANZA PER LA CONCESSIONE DI CONTRIBUTI ECONOMICI IN FAVORE DEI CAREGIVER FAMILIARI DISOCCUPATI O INOCCUPATI

ai sensi della L.R. Molise n. 13/2025 e delle Linee Guida regionali di cui alla DGR n. 26/2026

All'ATS Basso Molise

PEC ambito.bassomolise@pec.comune.termoli.cb.it

Atto: DETERMINA 2026/2774 del 16-11-2026
Servizio proponente: 2026 UFFICIO DI PIANO ATS
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____

nato/a a _____

il _____/____/_____

residente nel Comune di _____

CAP _____

Via/Piazza _____

n. _____

Telefono _____

E-mail _____

PEC _____

VISTO l'Avviso dell'Ambito Territoriale Sociale Basso Molise relativo all'intervento a favore del caregiver familiare di cui alla L.R. n. 13/2025 e delle Linee Guida regionali di cui alla DGR n.26/2026

DICHIARA

☐ di svolgere gratuitamente e in modo continuativo l'attività di assistenza e di cura nei confronti della persona assistita _____(nome e cognome);
☐ di essere residente nella Regione Molise;
☐ di aver compiuto il diciottesimo anno di età;
☐ di svolgere la propria attività di cura e assistenza nell'ambito del PAI;
☐ di essere disoccupato/a;
☐ di essere inoccupato/a;

☐ di aver presentato, contestualmente all'istanza di contributo di cui al presente Avviso, richiesta di riconoscimento dello stato di caregiver familiare, di cui alle Linee guida approvate con DGR n. 26/2026;
☐ di non beneficiare del contributo per altra persona assistita;
☐ di non beneficiare di altri contributi aventi le medesime finalità (vedi art. 7 dell'Avviso)
☐ che la persona assistita non è in regime residenziale presso strutture sanitarie e sociosanitarie.

e CHIEDE

☐ di poter accedere al contributo previsto per il sostegno ai caregiver familiari disoccupati o inoccupati ai sensi della L.R. Molise n. 13/2025 e delle Linee Guida regionali di cui alla DGR n. 26/2026;
☐ di poter accedere al riconoscimento dello status di caregiver familiare, di cui all'All. C del presente Avviso.

Per quanto sopra si dichiara quanto segue:

1) DATI DELLA PERSONA ASSISTITA

Cognome _____
Nome _____
Codice fiscale _____
nato/a a _____
il _____/____/_____ residente nel Comune di _____
CAP _____
Via/Piazza _____
n. _____
Telefono _____

Rapporto con il caregiver:

☐ Coniuge
☐ Parte dell'unione civile
☐ Convivente di fatto
☐ Figlio/a
☐ Genitore

Atto: DETERMINA 2026/2774 del 16-11-2026
Servizio proponente: 2026 UFFICIO DI PIANO ATS
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

☐ Fratello/Sorella
☐ Familiare e/o affine entro il secondo grado
☐ Altro familiare entro il terzo grado nei casi indicati dall'articolo 33, comma 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104

2) CONDIZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA

Il soggetto assistito è:

☐ persona con disabilità in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3, c. 3, della legge n. 104/1992;
☐ titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge n. 18/1980, e ss.mm.ii.;
☐ persona non autosufficiente ai sensi dell'All. 3 al DPCM n. 159/2013 e nello specifico (è possibile effettuare più scelte):

- riconoscimento dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 508/1988, art. 1, c. 2, lett. b) (per invalidi civili di età compresa tra 18 e 65 anni e ultrasessantacinquenni);
- riconoscimento dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 508/1988, art. 1 (per invalidi civili minori di età);
- riconoscimento dello stato di cieco civile assoluto ai sensi delle leggi n. 382/1970, n. 508/1988 e n. 138/2001;
- riconoscimento dello stato di inabilità con diritto all'assegno per l'assistenza personale e continuativa ai sensi della legge n. 222/1984, art. 5;
- riconoscimento dell'invalidità sul lavoro con diritto all'assegno per l'assistenza personale e continuativa ai sensi del DPR n. 1124/1965, art. 66, ovvero con menomazione dell'integrità psicofisica ai sensi della L. n. 296/1996, art. 1, c. 782, p. 4;
- riconoscimento dell'invalidità con diritto all'assegno di superinvalidità di cui alla Tab. E allegata al DPR 915/1978;

☐ Altra condizione prevista dalla normativa regionale
Specificare: _____;

☐ è presa in carico dall'Ambito Territoriale Sociale _____;
☐ è inserita in un Piano Assistenziale Individuale (PAI);
☐ è stato richiesto l'aggiornamento del PAI.

3) DICHIARAZIONI AI FINI DELLA GRADUATORIA

☐ Valore ISEE sociosanitario: € _____;
☐ Il richiedente NON ha figli minori conviventi con disabilità;

Atto: DETERMINA 2026/2774 del 16-11-2026
Servizio proponente: 2026 UFFICIO DI PIANO ATS
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

☐ Il richiedente ha almeno un figlio minore convivente con disabilità:

Nome e cognome _____

Data e luogo di nascita _____

Codice fiscale _____

Tipo di certificazione posseduta:

- persona con disabilità in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3, c. 3, della legge n. 104/1992;
- titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge n. 18/1980, e ss.mm.ii.;
- persona non autosufficiente ai sensi dell'All. 3 al DPCM n. 159/2013;
- altra certificazione _____.

4) MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il contributo dovrà essere accreditato sul seguente conto corrente:

IBAN: _____

Intestato a: _____

Il sottoscritto inoltre dichiara

- di essere in possesso dei requisiti previsti nel presente avviso, con la consapevolezza, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art. 76 del DPR 445/2000), della decadenza ei benefici eventualmente conseguiti (Art.75 de 2000);
- di aver preso visione dell'avviso pubblico e di accettarlo in tutte le sue parti;
- di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento amministrativo per il quale il presente documento viene compilato;
- di essere informato che i dati potranno essere comunicati ad altri soggetti, pubblici o privati, che per legge o regolamento sono tenuti a conoscerli o possono conoscerli e saranno trattati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

Atto: DETERMINA 2026/2774 del 16-11-2026
Servizio proponente: 2026 UFFICIO DI PIANO ATS
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

Luogo data _____ ___/___/_____

IL DICHIARANTE

_____

Allegati:

1) B1- Istanza di riconoscimento dello status di caregiver familiare;
2) Copia del documento di identità in corso di validità;
3) Copia del documento di identità della persona assistita;
4) Certificazione dello stato di disabilità o di non autosufficienza della persona assistita (vedi art. 5 dell'Avviso);
5) Stato di famiglia, in caso di non familiare la comunicazione della persona identificata ai sensi dell'articolo 2 della l.r.13/2025;
6) DSU e Attestazione ISEE sociosanitario in corso di validità;
7) Documentazione attestante lo stato di disoccupazione/inoccupazione del richiedente rilasciata dal Centro per l'Impiego– C2 storico/Scheda anagrafica.

Atto: DETERMINA 2026/2774 del 16-11-2026
Servizio proponente: 2026 UFFICIO DI PIANO ATS
Copia Del Documento Firmato Digitalmente