ALLEGATO C)

ISTANZA DI RICONOSCIMENTO DELLO STATUS DI CAREGIVER FAMILIARE
ai sensi della L.R. n. 13/2025 e delle Linee Guida regionali di cui alla DGR n. 26/2026

All'Ufficio Protocollo
del Comune di _____

in alternativa

All'ATS_____
PEC _____

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 _____ 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

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni mendaci:

☐ di svolgere gratuitamente e in modo continuativo l'attività di assistenza e di cura nei confronti della persona assistita _____ (nome e cognome);
☐ di assistere una persona residente nella Regione Molise;
☐ che la persona assistita non è in regime residenziale presso strutture sanitarie e sociosanitarie.
☐ di aver compiuto il diciottesimo anno di età;
☐ di svolgere la propria attività di cura e assistenza nell'ambito del PAI;
☐ di essere residente nella Regione Molise;
☐ di essere disoccupato/a;
☐ di essere inoccupato/a;
☐ di non aver presentato richiesta di riconoscimento dello stato di caregiver familiare, di cui alle Linee guida approvate con DGR n. 26/2026, per altra persona assistita;
☐ di essere l'unica persona a formalizzare la richiesta di caregiver per la persona assistita;
☐ di non beneficiare del contributo per altra persona assistita;

e CHIEDE

il riconoscimento dello status di Caregiver Familiare ed il rilascio del tesserino identificativo ovvero la certificazione sociale denominata *"Card del Caregiver"* ai sensi della Legge Regionale Molise n. 13/2025 e delle Linee Guida regionali di cui alla DGR n. 26/2026.

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 la persona assistita:

☐ Coniuge

☐ Parte dell'unione civile

☐ Convivente di fatto

☐ Figlio/a

☐ Genitore

☐ 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.

Il sottoscritto inoltre dichiara di essere consapevole che il riconoscimento dello status di caregiver familiare e la certificazione sociale denominata *"Card del Caregiver"* rilasciata ai sensi della Legge Regionale Molise n. 13/2025 e delle Linee Guida regionali di cui alla DGR n. 26/2026, decade nei seguenti casi:

- revoca da parte della persona che necessita di cura e assistenza ovvero, in caso di incapacità giuridica, da parte del tutore o dell'amministratore di sostegno;
- decesso della persona assistita;
- rinuncia da parte del sottoscritto caregiver familiare;
- perdita dei requisiti soggettivi di cui all'articolo 2, comma 1 L.R. 13/2025;
- ricovero, in regime di lunga degenza, della persona assistita presso strutture sanitarie o sociosanitarie.

Il beneficiario della misura è tenuto a informare tempestivamente l'ATS territorialmente competente di ogni modifica della propria situazione personale o familiare che possa incidere sul possesso dei requisiti previsti per il riconoscimento e il mantenimento dello status di caregiver familiare, ai fini della verifica della permanenza del diritto al beneficio.

Luogo data _____ ____/____/_____

IL DICHIARANTE

_____