

**ASSEGNAZIONE DI BENEFICI A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE DI CUI AL DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 27 ottobre 2020. DGR ABRUZZO N. 589 del 20.09.2021
CUP: B99322001230007**

ACCORDO DI FIDUCIA

Visti:

- **il DPCM del 27 ottobre 2020, pubblicato nella GU del 22 gennaio 2021**, con cui la Presidenza del Consiglio dei Ministri ha ripartito alle regioni le risorse del triennio 2018 – 2020 del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare, stabilendone i criteri e le modalità di utilizzo;
- **la DGR n. 589 del 20.09.2021** con cui vengono approvati gli indirizzi programmatici regionali per l'erogazione agli ambiti sociali delle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare per gli anni 2018-2019-2020 ai sensi del DPCM 27.10.2021;
- **la Determinazione Dirigenziale n. DPG023/144 del 18/11/2021 della Regione Abruzzo** Dipartimento Lavoro-Sociale, Servizio Tutela Sociale – Famiglia con cui sono state ripartite agli Ambiti distrettuali Sociali la dotazione finanziaria per la realizzazione degli interventi.

Visti gli interventi programmati.

- a. **contributo per assegni di cura per persone in condizione di disabilità grave o gravissima,**
- b. **contributo una tantum,**
- c. **contributo per la deistituzionalizzazione**

Considerato che il presente "Accordo di fiducia" è sottoscritto per la corresponsione del contributo di cui alla lettera "_____".

Rilevato che la valutazione rilasciata dall'UVM, competente per territorio, per la corresponsione del beneficio risulta essere **favorevole**.

Vista la determina dell'Ufficio di Piano dell'ECAD n. 09 Val di Foro / Comune di Francavilla al Mare – N° _____ del _____ con la quale si prende atto dell'elenco degli ammessi a beneficio e della relativa graduatoria redatta in base a quanto stabilito dall'Avviso di ambito e specificatamente per quanto attiene al punto 6 dell'Avviso in parola.

Considerato che l'importo assegnato per il beneficio oggetto del presente "*Accordo di fiducia*" ammonta complessivamente ad € _____.

Ritenuto necessario stipulare, nel rispetto di quanto previsto negli indirizzi programmatici regionali, apposto "Accordo di fiducia" tra l'ECAD / Comune di Francavilla al Mare, il caregiver familiare e la persona assistita (o la persona che ne tutela gli interessi).

TUTTO CIÒ PREMESSO

L'anno _____ il giorno _____ del mese di _____ presso _____

TRA

L'ECAD / Comune di Francavilla al Mare, rappresentato per le funzioni di cui al presente atto dal Responsabile dell'Ufficio di Piano dott.ssa Miranda DE RITIS, o suo delegato (delega del _____).

E

il/la Sig./Sig.ra _____, nato/a _____ il _____
e il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ il _____
_____ C.F. _____ residente a _____
_____, via _____ tel. _____
fax _____ cell. _____ indirizzo e-mail _____
_____ in qualità di:

- persona assistita
- tutore
- amministratore di sostegno
- altro(specificare)_____

del/della Sig./Sig.ra _____ ammesso/a contributo.

E

il/la Sig./Sig.ra _____, nato/a _____ il _____
e il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ il _____
_____ C.F. _____ residente a _____
_____, via _____ tel. _____
fax _____ cell. _____ indirizzo e-mail _____
_____ in qualità di caregiver familiare del/della Sig./Sig.ra _____
_____ ammesso/a contributo si stipula il seguente "Accordo di Fiducia".

OBBLIGHI DEL COMUNE

L'ECAD / Comune di Francavilla al Mare si impegna a versare al beneficiario **la somma assegnata di € _____ dopo la firma del presente accordo di fiducia e previo accredito del finanziamento da parte della Regione Abruzzo in relazione alle reali disponibilità finanziarie ed ai tempi amministrativi richiesti nei limiti della effettiva disponibilità di cassa.**

Le somme saranno versate, al soggetto assistito per quanto riguarda il beneficio della lettera a. e al caregiver familiare per quanto riguarda il beneficio delle lettere b. e c., mediante accredito sul:

- conto corrente bancario con IBAN _____
- conto corrente postale con IBAN _____;

I FIRMATARI DEL PRESENTE "ACCORDO DI FIDUCIA"

(persona assistita e caregiver familiare)

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.Lgs.

DICHIARANO

che il beneficio assegnato è stato utilizzato per:

(barrare la scelta)

- il riconoscimento economico dell'impegno assistenziale da parte di un "*familiare caregiver*":

(indicare nominativo) _____;

- l'acquisto di prestazioni assistenziali da parte di assistente familiare:

(indicare nominativo) _____;

In caso di "*familiare caregiver*" si dichiara che la persona indicata è un familiare e si è occupato della persona beneficiaria.

Il sottoscrittore allega:

- 1. fotocopia di un documento di identità in corso di validità dell'assistito e del caregiver familiare,**
- 2. copia del conto dedicato del caregiver familiare,**
- 3. fotocopia del codice fiscale dell'assistito e del caregiver familiare.**

DISPOSIZIONI FINALI

Per quanto non espressamente previsto dal presente "Accordo di fiducia" si rinvia a quanto stabilito dalla deliberazione di Giunta Regionale n. 589 del 20.09.2021 e dall'Avviso di ambito dell'ECAD / Comune di Francavilla al Mare di cui il/la beneficiario/a dichiara di essere pienamente a conoscenza.

Il presente Accordo di fiducia, redatto in duplice originale, viene letto, confermato e sottoscritto dalle parti.

Per Il Comune

Il/La Beneficiario/a

Il Caregiver familiare
