

CAREGIVER FAMILIARE

Domanda di valutazione per il contributo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza per Caregiver Familiare.

Il/la sottoscritto/a
 nato/a a il residente a
 in via n. Cap
 Codice fiscale.....
 Tel. Cell. email:.....
 PEC.....

VISTO l'Avviso dell'Ambito Territoriale Sociale n. 1 Cosenza relativo all'intervento a favore del caregiver familiare;

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà soggetto alla conseguenza di cui al Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii. e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di talune delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA sotto la propria responsabilità

di essere il CAREGIVER FAMILIARE che fornisce assistenza continuativa prevalente e globale al

Sig./Sig.ra _____

Codice Fiscale _____

nato/a _____ (____) il ____/____/____, residente a
 (____) in _____ n. _____

in qualità di: barrare le seguenti informazioni (obbligatorie)

Coniuge;

Altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76;

Familiare e/o affine di secondo grado (specificare il grado parentela) _____;

Barrare una delle seguenti condizioni in cui ci si trova:

Caregiver di persone in condizione di disabilità gravissima e/o comunque definite non autosufficienti gravissimi, ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159 del 2013 e per le quali si sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:

- Persone in condizioni di coma, stato vegetativo (SV) oppure stato di minima coscienza (SMC) e con punteggio nella scala GCS ≤ 10 ;
- Persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa;
- Persone con grave o gravissimo stato di demenza con punteggio sulla scala CDRS =4;
- Persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala AIS di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione A o B;
- Persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare, 1) con bilancio muscolare complessivo < 1 ai 4 arti alla scala MRC; 2) con punteggio alla EDSS > 9 ; 3) bin stadio 5 di Hoehn e yahrmod;
- Persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL DI MEDIA FRA LE FRQUENZE 500,1000,2000 hertz nell'occhio migliore;
- Persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- Persone con diagnosi di ritardo mentale grave o profondo secondo classificazione DSM-5, con scala QI ≤ 34 e con punteggio sulla scala LAPMER ≤ 8 ;
- Ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche.

Caregiver di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali, comprovata da idonea documentazione;

Programmi di accompagnamento finalizzati alla destituzionalizzazione e al raggiungimento del caregiver con la persona assistita;

che la persona assistita è in vita alla data di presentazione della domanda;

di possedere un valore ISEE ordinario pari ad € _____;

di avere n° _____ figli minorenni presenti nel proprio nucleo familiare;

di percepire altri contributi pari ad euro _____;

di aver preso visione dell'avviso pubblico e di accettarlo in tutte le sue parti.

CHIEDE

Di poter accedere al contributo previsto per la figura del CAREGIVER FAMILIARE ai sensi della DGR 565/2021;

A TAL FINE ALLEGA:

- Certificazione sanitaria rilasciata da una struttura pubblica attestante la patologia determinante dipendenza vitale e il grado di non autosufficienza/gravità, secondo le schede di riferimento di cui all'art. 3 del DM 26 Settembre 2016;
- Verbale di riconoscimento dell'invalidità civile al 100% e dell'indennità di accompagnamento, in corso di validità;
- Certificazione ai sensi dell'art. 3 co. 3 della L. n. 104/1992, in corso di validità;
- Attestazione ISEE in corso di validità e di regolarità, con limite, per accesso al contributo di € 60.000,00;
- Copia del documento di identità in corso di validità del Caregiver familiare richiedente il contributo;
- Copia del documento di identità in corso di validità della persona assistita;
- Copia dell'eventuale Decreto di nomina di tutela, curatela o di amministrazione di sostegno

Qualora l'istanza venga accettata dalla Commissione esaminatrice si chiede di erogare il contributo con le seguenti modalità:

• diretto al Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
Codice fiscale _____;

• Tramite accredito su: Conto corrente bancario Conto corrente postale Postepay Evolution
Intestato a: _____
Codice IBAN (27 caratteri): _____
c/o Banca/Ufficio Postale _____
Sede Agenzia: _____

N.B. Non sono ammessi libretti postali e/o bancari.

DICHIARA

di essere informato che il trattamento dei propri dati personali forniti 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), saranno trattati, anche con modalità informatizzate, per le sole finalità del presente procedimento e potranno essere comunicati ai servizi interni del Comune capofila nonché alla Regione Calabria.

Luogo e data

Firma del Dichiarante