

- Ufficio Protocollo del Comune di Villa San Giovanni
 Da pec a protocollo@pec.comune.villasangiogiovanni.rc.it

**Domanda di accesso al budget di sostegno al ruolo di cura e assistenza del
caregiver familiare.
DGR 565/2021**

**Dichiarazione sostitutiva
(art. 46, 47 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)**

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) _____, nato/a _____ il
_____ a _____ (____), Codice Fiscale
_____, residente a _____ (____) CAP _____
in Via _____,

Telefono * _____

Email * _____

consapevole ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 che in caso di dichiarazioni non veritiere verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

DICHIARA

di aver preso visione della DGR n. 565 del 18 dicembre 2021 (Burc n. 19 del 24 Gennaio 2022) Fondo per il sostegno del ruolo di cura ed assistenza del "caregiver" familiare per gli anni 2018 – 2019 e 2020. Decreto Ministeriale 27 ottobre 2020 – Presa d'atto delle "Linee di indirizzo Regionali" ed approvazione riparto tra gli ambiti territoriali sociali regionali.

DICHIARA

di essere il caregiver familiare che fornisce assistenza continuativa prevalente e globale e svolta presso l'abitazione della persona assistita Sig./Sig.ra

(nome e cognome) _____, nato/a _____ il _____ a
_____ (____), Codice Fiscale _____, residente a
_____ (____) CAP _____ in Via _____

- che la persona assistita è in possesso del certificato di riconoscimento della disabilità gravissima rilasciato in data _____ dalla Commissione Sanitaria Provinciale;
- che la persona assistita è in vita alla data di presentazione della domanda.

DICHIARA DI ESSERE

Barrare con una x fattispecie

1) Caregiver di persone in condizione di disabilità gravissima, come definita all'art. 3 del DM 26 settembre 2016

- caregiver di persone che non hanno avuto accesso al Fondo per le disabilità gravissime per mancanza di risorse
- caregiver di persone che non sono beneficiarie di altri contributi facenti capo allo stesso ambito di risorse o prestazioni assistenziali
- caregiver non beneficiari di congedi straordinari retribuiti di cui alla L. 104/92, art. 33;
- caregiver familiari monoreddito o (nuclei monoparentali nucleo familiare composto da un solo genitore)

2) Caregiver di persona che non ha avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali, comprovata da idonea documentazione.

- caregiver di persone che non hanno avuto altre risposte assistenziali, quali ad esempio il contributo previsto dall'avviso per il sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia, a valere sui fondi erogati dalle ASP in merito alle disabilità gravissime
- caregiver non beneficiari di congedi straordinari retribuiti di cui alla L. 104/92, art. 33
- caregiver familiari monoreddito o (nuclei monoparentali composti da un solo genitore)

3) Presenza programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita.

- caregiver di persone che non sono inserite nei percorsi di deistituzionalizzazione per il Dopo di noi
- caregiver non beneficiari di congedi straordinari retribuiti di cui alla L. 104/92, art. 33
- caregiver familiari monoreddito o nuclei monoparentali

- essere residente nel Comune di _____;

- che il nucleo familiare dell'assistito è così composto:

Cognome e nome	Data e luogo di nascita	Grado di parentela

- essere: *(barrare con una x fattispecie)*

2. Copia di un valido documento di identità del richiedente ed assistito;
3. Condizione di disabilità e di non autosufficienza, previa certificazione medico legale (L. 104/92), redatta dalla Commissione di accertamento Handicap che definisce la gravità della condizione.

AUTORIZZA

il trattamento dei propri dati personali presenti 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 _____

Consenso della persona assistita o di un suo amministratore di sostegno, di un suo tutore o curatore

(nome e cognome) _____, nato/a _____ il
_____ a _____ (____), Codice Fiscale
_____, residente a _____ (____) CAP _____
in Via _____.

Da il proprio consenso al proprio caregiver per la presentazione della domanda di accesso al “budget di sostegno al ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare” (DGR 565/2021).

AUTORIZZO ALTRESI'

il trattamento dei propri dati personali presenti 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 dell’assistito _____