Amministrazione destinataria

Comune di Savona

Ufficio destinatario

Distretto Socio-Sanitario e Politiche Giovanili

Domanda di accesso al fondo caregiver

Il sottoscritto

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

persona assistita

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- ☐ di assistere, in modo continuativo e non a carattere emergenziale o saltuario, una persona che a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non è autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, è riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 oppure è titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18
- ☐ che la persona assistita è residente in regione Liguria
- ☐ che la persona assistita è affetta da grave demenza (Alzheimer e altre demenze), con una valutazione sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) tra 1 e 3, la cui condizione di malattia deve essere certificata dal CDCD o altro medico specialista di struttura sanitaria pubblica

- ☐ che la persona assistita risulta in condizione di disabilità gravissima, così come definita dall'articolo 3 del decreto 26 settembre 2016 del Ministro del lavoro e delle politiche sociali
- ☐ che la persona assistita si trova in condizione di non autosufficienza come definito da DGR 1106 del 2006 "Indirizzi per il Fondo Regionale per la non autosufficienza" e pertanto quando sussiste il seguente profilo:
  - ☐ la persona non si alimenta da sola e ha bisogno di essere imboccata
  - ☐ la persona non è in grado di vestirsi e lavarsi
  - ☐ la persona ha bisogno d'aiuto per muoversi all'interno e all'esterno dell'abitazione
  - ☐ la persona è portatrice di co-morbilità di più di due patologie disabilitanti, con trattamenti farmacologici necessari ripetitivi od urgenti, con prognosi evolutiva
  - ☐ la persona ha gravi disturbi cognitivi e comportamentali che alterano i rapporti relazionali con i familiari

CHIEDE

- ☐ l'accertamento dei requisiti di accesso al sostegno a casa di persone in condizioni di disabilità gravissima di cui alla DGR 1289/2016, come da DM 26/09/2013 art. 3.

DICE CHE

- ☐ è il coniuge
- ☐ è il convivente in unione civile
- ☐ è il convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76
- ☐ è un familiare o di un affine entro il secondo grado
- ☐ è un familiare entro il terzo grado, che sostituisca i soggetti di cui ai punti precedenti qualora siano di età superiore ai 65 anni o affetti da patologie invalidanti o deceduti/mancanti (articolo 33, comma 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104)
- ☐ è residente, con la persona di cui si prende cura, in Regione Liguria
- ☐ è convivente con la persona di cui si prende cura
- ☐ l'assistito non beneficia di contributi regionali relativi alla Vita Indipendente, Dopo di Noi e Disabilità Grave, come da D.G.R. del 23 Febbraio 2024 n. 167
- ☐ l'assistito non è ricoverato in struttura extraospedaliera, pubblica e privata
- ☐ non beneficia di altri specifici contributi regionali a sostegno della attività di cure familiare (la quota massima di 400 euro del contributo gravissime)
- ☐ possiede un'attestazione ISEE ordinario al momento della domanda, in corso di validità (inferiore o uguale a 30 000€)

Importo		**Data di scadenza**
	€	

DICHIARA DI IMPEGNARSI A

- ☐ garantire la permanenza del beneficiario presso il domicilio individuato e l'adeguata assistenza domiciliare al proprio familiare nel periodo di tempo in cui usufruisce del beneficio
- ☐ fruire del contributo per la realizzazione delle attività utili a mantenere l'assistenza al proprio congiunto nel periodo di sostituzione per attività di sollievo quale caregiver abituale, come approvato dall'Unità di valutazione Multidimensionale del Distretto Sociosanitario
- ☐ non prevedere periodi di ricovero permanente o di sollievo a favore del familiare assistito in qualità di caregiver abituale, anche se non a carico di enti pubblici, per il periodo di durata del beneficio
- ☐ comunicare tempestivamente ai Servizi Sociali di riferimento, qualsiasi mutamento delle condizioni che interessino il beneficiario (variazione di residenza, mancato rinnovo del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento, ricovero ospedaliero, ricovero in struttura residenziale, ecc.)

DICHIARA INOLTRE

di essere consapevole che

- ☐ il contributo, se in possesso di valore ISEE ordinario pari od inferiore a € 15.000,00, è pari ad € 400,00;
- ☐ il contributo, se in possesso di valore ISEE ordinario superiore a € 15.000,01 (e fino ad un massimo di € 30.000,00), il contributo è pari ad € 200,00
- ☐ non è richiesta alcuna rendicontazione
- ☐ la misura è erogata, per un massimo di 12 mensilità e fino ad esaurimento delle risorse finanziarie
- ☐ la misura è soggetta al rinnovo della dichiarazione ISEE, secondo la scadenza prevista dallo Stato
- ☐ qualora vengano meno le condizioni che costituiscono il presupposto per l'attribuzione della misura, la sua corresponsione è revocata e ogni somma indebitamente percepita va restituita, sono pertanto agite forme di recupero
- ☐ si intende implicita la rinuncia da parte del beneficiario alla misura in oggetto qualora il beneficiario fruisca e/o altre di misure regionali incompatibili, quali la Vita Indipendente, Dopo di Noi e la Disabilità Grave
- ☐ il Distretto sanitario e/o sociale si riserva di verificare, nei modi consentiti dalla legge ed avvalendosi anche di Autorità esterne, la veridicità delle dichiarazioni presentate
- ☐ le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata comunicazione delle predette variazioni comportano l'applicazione delle sanzioni di legge, di cui all'art. 7 del decreto Presidente della Repubblica 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni
- ☐ i dati acquisiti, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 ("GDPR") relativo alla gestione di dati personali e sensibili, vengono trattati dagli enti interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni connesse al riconoscimento, al monitoraggio ed all'erogazione della misura regionale. A riguardo si rinvia alle informazioni specifiche di cui agli articoli 13-14 del GDPR
- ☐ in caso di richiesta di accertamento dello stato di disabilità gravissima lo sportello che riceve la domanda avrà cura di trasmetterla ai servizi specialistici ASL di competenza

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- ☐ attestazione ISEE ordinario di valore uguale o inferiore a 30.000,00 in corso di validità
- ☐ certificato specialistico rilasciato da struttura pubblica o CDCD in caso di grave demenza (Alzheimer e altre demenze), con una valutazione sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) tra 1 e 3
- ☐ copia del documento d'identità della persona assistita
- ☐ copia del certificato medico
- ☐ copia del documento di identità
  (da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- ☐ altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo	Data	il dichiarante
Savona		