



DOMANDA DI ACCESSO FONDO CAREGIVER

DATI CAREGIVER (RICHIEDENTE: CARE GIVER ABITUALE)

COGNOME

NOME

Il Sig./a

(di seguito indicato RICHIEDENTE)

M F

nato/a a (Prov.)

il _/ _/ _ _ recapiti e- mail

Codice Fiscale:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

IBAN per accredito su c/c bancario o postale intestato a

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Residente in:

Via.....

Città CAP..... Provincia

DATI DELLA PERSONA ASSISTITA:

COGNOME

NOME

Il Sig./a

M F

nato/a a (Prov.)

il __/__/----

Codice Fiscale:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Residente in:

Via.....

Città CAP..... Provincia

tel..... e-mail.....

a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità, il sottoscritto

DICHIARA

1. 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.
2. che la persona assistita
3. che la persona assistita è residente in regione Liguria.
4. che la persona assistita è affetta da Alzheimer e altre gravi demenze con un punteggio sulla scala *Clinical Dementia Rating Scale* (CDRS) tra 2 e 3, la cui condizione di malattia deve essere certificata dal CDCD o altro medico specialista di struttura sanitaria pubblica.

5. 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 (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 30 novembre 2016, n. 280), recante "Riparto delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le non autosufficienze, anno 2016", tenendo anche conto dei fenomeni di insorgenza anticipata delle condizioni previste dall'articolo 3, del medesimo decreto;
6. **CHIEDE** (solo per chi non è in possesso del requisito al punto 4 o 5) 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

Di Essere:

- il coniuge,
- il convivente in unione civile,
- il convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76,
- un familiare o di un affine entro il secondo grado,
- 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)
- di essere residente in Regione Liguria
- di essere convivente con la persona di cui si prende cura
- di essere pensionato/a, inoccupato/a o di non svolgere attività lavorativa a tempo pieno
- di avere un'attestazione ISEE ordinario al momento della domanda, in corso di validità con scadenza, pari a E pertanto inferiore o uguale a 25.000 euro
- l'assenza di altri specifici contributi regionali a sostegno della attività di cure familiare (la quota massima di 600 euro del contributo gravissime);

Dichiaro di impegnarmi 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 acce giver 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 care giver abituale, anche se non a carico di enti pubblici, per il periodo di durata del beneficio;
- comunicare tempestivamente all'Ambito Territoriale Sociale 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.);

Dichiaro, inoltre, di essere consapevole che:

- Il contributo mensile è fisso (€ 350,00)
- non è richiesta alcuna rendicontazione
- la misura è erogata, in relazione alle disponibilità di 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;
- 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.

Pertanto richiedo il contributo per le seguenti attività:

- interventi di sostituzione nella cura del proprio familiare per attività personali: **intervento "aria libera"** (interventi orari, di durata inferiore alle 4 ore, durante il mese di riferimento)
- interventi di sostituzione nella cura del proprio familiare per poter usufruire di tempo libero: **intervento "week end"** (interventi nel w.e, durante il mese di riferimento);
- interventi di sostituzione nella cura del proprio familiare per beneficiare di periodi di vacanza: **intervento "ferie"** (breve periodo di riposo, durante il mese di riferimento)
- altro.....

Firma

Si allega alla presente:

- fotocopia del documento d'identità del richiedente non scaduto;
- fotocopia del documento d'identità della persona assistita dal caregiver familiare
- certificato specialistico rilasciato da struttura pubblica o CDCD o eventuale lettere del Distretto Socio sanitario comprovante l'esito positivo dell'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;
- attestazione ISEE di valore uguale o inferiore a 25.000,00 in corso di validità

(spazio da compilare a cura dell'operatore del distretto)

DOMANDA: ANNO ____ **NUMERO** _____ **Data presentazione** _ / _ / _ _



DISTRETTO SOCIOSANITARIO N° _____

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N° _____

**UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE
(UVM)**

In relazione alla

DOMANDA: ANNO ____ **NUMERO** _____ **Data presentazione** _/~/_/_/_

Verificata la sussistenza dei requisiti formali per l'accesso al beneficio, l'UVM

- approva
- non approva
- sospende
- revoca

Motivazioni della modifica, del rifiuto o della sospensione della richiesta

.....
.....

Si specifica che il contributo di € 350,00 avrà decorrenza dal mese di.....per n. mesi (scadenza misura 31/12/2022)

Quanto sopra è riportato nello specifico verbale della seduta.

Il Direttore Sociale (o suo incaricato)

Il Direttore del Distretto sanitario (o suo incaricato)

Data,



COMUNICAZIONE DI ESITO

In relazione alla Sua

DOMANDA: ANNO _____ **NUMERO** _____ **Data presentazione** _ / _ / _ _

Le comunichiamo il riconoscimento della misura di € 350 mensili per il periodo dal Al
Quanto assunto negli impegni riportati nella domanda del beneficio che di seguito si sintetizzano:

- garantire la permanenza del beneficiario presso il domicilio individuato;
- 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 acce abitudine, 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 care abitudine, anche se non a carico di enti pubblici, per il periodo di durata del beneficio;
- comunicare tempestivamente all'Ambito Territoriale Sociale 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);

Si ricorda che:

- non è richiesta alcuna rendicontazione
- la misura è erogata, in relazione alle disponibilità di 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;
- 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.

Allegato 2

Per l'Unità di Valutazione
Multidimensionale
Il Direttore Sociale

Luogo e data, _____