AMBITO TERRITORIALE SOCIALE
COMUNE CAPOFILA CAULONIA

Ambito Territoriale Sociale
CAULONIA

AGNANA CALABRA – BIVONGI – CAMINI – CANOLO – CAULONIA – GIOIOSA JONICA – GROTTERIA – MAMMOLA – MARINA DI GIOIOSA JONICA – MARTONE – MONASTERACE - PAZZANO – PLACANICA – RIACE – ROCCELLA JONICA – S. GIOVANNI DI GERACE – SIDERNO – STIGNANO – STILO.

Tel 0964/389032 mail ufficiopianocaulonia@libero.it
PEC ambitoterritorialesocialecaulonia@asmepec.it

"Allegato A – Istanza di partecipazione"

COMUNE DI
_____

Per inoltro a:
Ambito Territoriale Sociale di
CAULONIA

Fondo CAREGIVER FAMILIARE
Istanza per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del "Caregiver" familiare
Annualità 2021 – 2022

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 di Caulonia relativo all'intervento a favore del caregiver familiare Annualità 2021-2022;

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 via_____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 come definita all'art. 3 del DM 26 Settembre 2016 "Persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla Legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159 del 2013, e per le quali 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 Yahr Mod;

 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 frequenze 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 Ql <=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.

 Programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione 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 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 per le Annualità 2021 - 2022

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 €40.000,00**;
- Copia del documento di identità e codice fiscale in corso di validità del Caregiver familiare richiedente
  il contributo;
- Copia del documento di identità in corso e codice fiscale di validità della persona assistita;
- Copia del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo in caso di richiedenti extracomunitari;
- 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:_____

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. 13del 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

_____