

UFFICIO DI PIANO DEL DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE DI ROGLIANO



ALLEGATO A

SPETT.LE  
AMBITO SOCIALE DI ROGLIANO (CS)

**Delibera di Giunta Regionale n. 162/2023**

**Fondo CAREGIVER FAMILIARE**

Istanza per il sostegno del ruolo di cura  
e assistenza del “Caregiver” familiare

CUP (annualità 2021): F49I25000110002 – CUP (annualità 2022): F49I25000120002

**ISTANZA PER IL CONTRIBUTO 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 pubblico dell’Ambito Territoriale Sociale di Rogliano, 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

## UFFICIO DI PIANO DEL DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE DI ROGLIANO



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  $\leq 10$ ;
- 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;

## UFFICIO DI PIANO DEL DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE DI ROGLIANO



- Persone con diagnosi di ritardo mentale grave o profondo secondo classificazione DSM-5, con scala QI  $\leq 34$  e con punteggio sulla scala LAPMER  $\leq 8$ ;
  - 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 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 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, per ciascuna delle due annualità;

### 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.
- Copia del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo in caso di richiedenti extracomunitari.

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

UFFICIO DI PIANO DEL DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE DI ROGLIANO



✓ 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

\_\_\_\_\_