

- Ufficio Protocollo del Comune di _____
 Da pec a comune.rosarno@pec.comune.rosarno.rc.it

Domanda di accesso al budget di sostegno al ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare.

**Annualità 2021 – 2022
 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 * _____

VISTO l'Avviso dell'Ambito Territoriale Sociale n° 2, con Comune Capofila Rosarno 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

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) 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*)

- cittadino italiano;
- cittadino comunitario;
- Cittadino di Stato non appartenente alla UE, in possesso di regolare permesso di soggiorno, con esclusione dei titolari di permesso di durata inferiore a sei mesi;

- avere compiuto 18 anni di età ed essere in condizione di autosufficienza;

in alternativa:

- di non essere percettore di altro assegno di cura

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 _____