



Amministrazione destinataria

Comune di Finale Ligure

Ufficio destinatario

## Domanda di ammissione al fondo regionale Caregiver

### Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Provincia	Comune									
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

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

Intestatario	IBAN
--------------	------

### dati della persona assistita

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Provincia	Comune									
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata					

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 avere un ISEE ordinario inferiore o uguale a 30.000 euro

Importo	Data di rilascio	Data di scadenza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
€		

- 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 Alzheimer e altre gravi demenze con un punteggio 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
- già beneficiaria del contributo per la Gravissima Disabilità, così come definita dall'articolo 3 del decreto 26 settembre 2016 del Ministro del lavoro e delle politiche sociali
- già beneficiaria del contributo di grave disabilità come definito da DGR 1106 del 2006 e SS.MM.II.

#### CHIEDE

- l'accertamento dei requisiti di accesso al sostegno a casa di persone in condizioni di disabilità grave come definito da DGR 1106 del 2006 e SS.MM.II.
- 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.

#### DICHIARA ALTERSI'

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
- l'assenza di altri specifici contributi regionali a sostegno della attività di cure familiari (la quota massima di 600 euro del contributo gravissime)

#### SI IMPEGNA 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 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.)

## DICHIARA INOLTRE

di essere consapevole che

- caregiver con valore ISEE pari od inferiore a € 15.000,00, il contributo è pari ad € 400,00; Caregiver con valore ISEE superiore a € 15.000,00, 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
- 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
- che in caso di richiesta accertamento stato di disabilità grave e 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)*

- eventuale certificato specialistico rilasciato da struttura pubblica o CDCD
- eventuale lettera del Distretto Sociosanitario comprovante l'esito positivo dell'accertamento dei requisiti di accesso al sostegno a casa di persone in condizioni di disabilità grave e gravissima
- copia del documento d'identità della persona caregiver familiare
- 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.

Finale Ligure

Luogo

Data

il dichiarante