Ambito Territoriale Noncello
Servizio Sociale dei Comuni
Cordenons
Porcia
Pordenone
Roveredo in Piano
San Quirino
Zoppola

AL COMUNE DI PORDENONE
ENTE GESTORE DEL SERVIZIO SOCIALE
DEI COMUNI DELL'AMBITO
TERRITORIALE NONCELLO

ALLEGATO C

Sede di:

- ☐ PORDENONE, Settore IV - P.tta Calderari, 2
- ☐ CORDENONS, Municipio – Viale del Benessere, 4
- ☐ PORCIA, Centro Socio Assistenziale - Via Risorgive, 3
- ☐ ROVEREDO IN PIANO, Municipio - Via G. Carducci, 9
- ☐ SAN QUIRINO, Municipio, Via Piazzetta, 4
- ☐ ZOPPOLA, Municipio, Via A. Romanò, 14

Oggetto: domanda di accesso al contributo del Fondo per il sostegno del ruolo di cura ed assistenza del caregiver familiare.

Io sottoscritto/a *(scrivere cognome e nome)* _____

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| nato/a a _____

provincia_____ in data ___/___/_____ residente nel Comune di* _____

provincia _____ in via _____n° _____ CAP _____ tel. _____

cell. _____ PEC _____

* il richiedente è residente nella Regione Friuli Venezia Giulia (od è eventualmente presente sul territorio regionale e può accedere agli interventi e ai servizi del sistema integrato allorché si trovi in situazioni tali da esigere interventi non differibili e non sia possibile indirizzarli ai corrispondenti servizi della regione o dello Stato di appartenenza")

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso decreto (in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi)

- di essere in possesso della certificazione ISEE (*riferita al proprio nucleo familiare*) prot. n. _____ rilasciata in data _____ di importo pari ad euro _____ (*l'indicatore ISEE 2024 deve essere inferiore ad euro 30.000*);
- di essere caregiver familiare, come definito ai sensi dell'art. 1 comma 255 della legge n. 2025/2017, in quanto è: (*barrare l'opzione cui si riferisce*)

☐ coniuge o una delle parti dell'unione civile o convivente di fatto (*specificare*) _____

☐ familiare o affine entro il secondo grado (*specificare*) _____

☐ familiare entro il terzo grado nei soli casi indicati dall'art. 33, comma 3, della legge 104/1992
(A condizione che la persona con disabilità non sia ricoverata a tempo pieno , il lavoratore dipendente, pubblico o privato, che assiste persona con disabilità in situazione di gravità, coniuge, parente o affine entro il secondo grado, ovvero entro il terzo grado qualora i genitori o il coniuge della persona con disabilità in situazione di gravità abbiano compiuto sessantacinque anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti a siano deceduti o mancanti, ha diritto a fruire di tre giorni di permesso mensile retribuito coperto da contribuzione figurativa, anche in maniera continuativa) (*specificare*)_____

- che il soggetto cui viene fornita l'assistenza è così identificato:

  Sig./sig.ra (*scrivere cognome e nome della **"persona assistita"***) _____

  codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| nato/a a _____

  il ___/___/_____ residente nel Comune di *_____ prov. _____

* residente nei Comuni dell'Ambito Territoriale Noncello

- certificato/a quale invalido/a civile, come da certificazione di invalidità civile al ____ % rilasciata da _____in data ___/____/_____;

- con indennità di accompagnamento

  ☐ si

  ☐ no

- riconosciuto in condizione di **handicap grave** ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3**,** come da verbale dellaCommissione rilasciato in data ___/___/_____;

- che la persona assistita si trova in una delle seguenti condizioni di **priorità**:

☐ caregiver di persone in condizione di **disabilità gravissima**, come definita dall'articolo 3 del decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 26 settembre 2016 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 decreto medesimo:

  - persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio della scala Glasgow Coma Scale (GCS) <=10;

  - persone di pendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);

  - persone con grave o gravissimo stato di demenza con punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) >=4;

  - persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate di grado A o B;

  - persone con gravissima compressione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9, o in 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'orecchio 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 QI<=34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (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 ricongiungimento delcaregiver con la persona assistita**;**

- che il soggetto cui viene fornita assistenza (*barrare una delle tre opzioni*):
  - ☐ **non** beneficia di altro contributo a sostegno della domiciliarità FAP;
  - ☐ beneficia di altro contributo a sostegno della domiciliarità FAP;
  - ☐ è in lista d'attesa per l'ottenimento di un contributo di sostegno alla domiciliarità FAP;
- di essere, relativamente alla persona assistita come sopra meglio specificata, il SOLO caregiver familiare a chiedere il contributo (si precisa che ci può essere solamente un caregiver per ogni assistito);
- di **NON** aver presentato altre istanze per l'accesso al contributo del presente Bando di avviso, per altri assistiti;
- che, ai sensi dell'art. 5 comma 7 del regolamento, **NON** ho beneficiato del contributo economico Fondo Caregiver nelle tornate precedenti, né soggetti diversi riconosciuti caregiver familiari principali per il medesimo assistito;
- che la persona assistita è consenziente nei confronti del lavoro di cura e assistenza da me svolto inqualità di Caregiver familiare;

Chiedo che, in caso di approvazione del progetto e posizionamento min graduatoria, il contributo venga versato sull'IBAN a me intestato:

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Eventuali variazioni intervenute

Mi impegno, a comunicare ogni variazione delle informazioni fornite.

Documenti allegati

- ☐ Dichiarazione caregiver familiare;
- ☐ Copia atto di nomina a rappresentate legale della persona segnalata;
- ☐ Progetto caregiver di cura domiciliare;
- ☐ Scala Zarit Burden Interview;
- ☐ Documentazione attestante la condizione di disabilità gravissima, così come definita dall'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016;
- ☐ Documentazione attestante un programma di deistituzionalizzazione dalla struttura residenziale (ricongiungimento del caregiver con la persona assistita);
- ☐ Copia del verbale di invalidità civile attestante il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento (L. 18/1980) e/o del verbale di accertamento dello stato di disabilità (L. 104/1992 art. 3 comma 3).

ALLEGO altresì copia del seguente documento di identità in corso di validità:
☐ **carta d'identità** ☐ **altro** *(specificare)* _____

(solo per cittadini extracomunitari) **ALLEGO inoltre** copia di:
☐ **permesso soggiorno** ☐ **carta soggiorno** ☐ **ricevuta domanda rilascio copia/permesso di soggiorno**

Data ___/___/_____

Firma del dichiarante/richiedente **Firma dell'assistito**

_____ _____

(Allegare copia documento d'identità in corso di validità) *(Allegare copia documento d'identità in corso di validità)*