



Certificato 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 della Commissione rilasciato in data \_\_\_\_\_

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

- 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;
- non ha avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenza Covid, comprovata da idonea documentazione;
- non ha avuto accesso alle strutture semiresidenziali a causa delle disposizioni normative emergenza Covid, comprovata da idonea documentazione;
- è interessata a programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita;
- è persona che non beneficia dei seguenti contributi a sostegno della domiciliarità ivi comprese quelle già prese in carico dai servizi territoriali e in lista d'attesa per il FAP:
  - a) Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine (FAP), di cui all'articolo 41 della legge regionale 6/2006;
  - b) Cosiddetto "Fondo gravissimi" di cui ai commi 72-74 dell'articolo 10 della legge regionale 30 dicembre 2008, n. 17 (Disposizioni per la formazione del bilancio pluriennale ed annuale della Regione -Legge finanziaria 2009);
  - c) Cosiddetto "Fondo SLA" di cui alla Delibera della Giunta Regionale 12 dicembre 2011, n. 2376.

### **di accedere al contributo del Fondo per il sostegno del ruolo di cura ed assistenza del Caregiver familiare**

**A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000, qualora emerga la non veridicità del contenuto di questa dichiarazione, decado dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ed incorro nelle sanzioni previste dall'art. 76 del DPR citato,**

Dichiaro che l'importo della dichiarazione ISEE del mio nucleo familiare in corso di validità alla data odierna è inferiore/uguale ad € 30.000,00:

attestazione ISEE rilasciata il \_\_\_\_\_ con scadenza il 31/12/\_\_\_\_ di importo pari ad € \_\_\_\_\_

(barrare solo per Caregiver non rappresentante legale)

Dichiaro che la persona assistita è consenziente nei confronti del lavoro di cura e assistenza da me svolto in qualità di Caregiver familiare.

**Eventuali variazioni intervenute**

**Mi impegno**, a comunicare ogni variazione delle informazioni fornite.

**Documenti allegati**

- Invalidità civile
- Verbale commissione L. 104
- copia atto di nomina a rappresentante legale della persona segnalata rilasciato da \_\_\_\_\_ in data  
(scrivere giorno/mese/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Progetto di cura domiciliare (Allegato A)
- Consenso al trattamento dei dati personali

**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 richiedente

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

**COMPILAZIONE A CURA DELL'UFFICIO RICEVENTE**

**Da compilare SOLO se la presente segnalazione è firmata in presenza dell'Assistente Sociale**

Ai sensi dell'art. 38 comma 3 del DPR 445/2000 dichiaro che la presente segnalazione è stata firmata in mia presenza dal/dalla sig./sig.ra (scrivere cognome e nome) \_\_\_\_\_ della cui identità mi sono accertata/o mediante il seguente documento d'identità n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in data (scrivere giorno/mese/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Il Funzionario addetto \_\_\_\_\_

**COMPILAZIONE A CURA DELL'UFFICIO RICEVENTE**

**Da compilare SOLO se la presente segnalazione viene consegnata già sottoscritta**

Ricevuto in data \_\_\_\_\_ Il Funzionario addetto \_\_\_\_\_