

DATI DELLA PERSONA ASSISTITA:

COGNOME

NOME

Il Sig./a

M F

nato/a a (Prov.)

il _ / _ / _

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente in: Via.....

Città CAP..... Provincia

tel..... e-mail.....

a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità, il sottoscritto

DICHIARA

1. 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.
2. che la persona assistita è residente in regione Liguria.
3. 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.

e/o

4. che la persona assistita risulta in condizione di disabilità gravissima, così come definita dall'articolo 3 del decreto 26 settembre 2016 del Ministro del lavoro e delle politiche sociali;
5. che la persona assistita si trova in condizione di non autosufficienza come definito da DGR 1106 del 2006 e pertanto quando sussiste il seguente profilo:
 - la persona non si alimenta da sola e ha bisogno di essere imboccata;
 - la persona non è in grado di vestirsi e lavarsi in autonomia;
 - la persona ha bisogno d'aiuto per muoversi all'interno e all'esterno dell'abitazione;
 - la persona è portatrice di co-morbilità di più di due patologie disabilitanti, con trattamenti farmacologici necessari ripetitivi od urgenti, con prognosi evolutiva;
 - la persona ha gravi disturbi cognitivi e comportamentali che alterano i rapporti relazionali con i familiari;
6. **CHIEDE** (solo per chi non è in possesso del requisito al punto 3 o 4) 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.

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,
- di avere un'attestazione ISEE ordinario al momento della domanda, in corso di validità con scadenza, pari a e pertanto inferiore o uguale a 30.000 euro;
- l'assenza di altri specifici contributi regionali a sostegno della attività di cure familiari (la quota massima di 600 euro del contributo gravissime).

Dichiaro di impegnarmi 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.);

Dichiaro, inoltre, di essere consapevole che:

Dichiaro, inoltre, di essere consapevole che:

- Caregiver con valore ISEE pari od inferiore a € 15.000,00, il contributo è pari ad € 600,00;
- Caregiver con valore ISEE superiore a € 15.000,00, il contributo è pari ad € 350,00;
- 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 gravissima lo sportello che riceve la domanda avrà cura di trasmetterla ai servizi specialistici ASL di competenza;
- l'erogazione della misura si conclude il 31/04/2024.

Pertanto richiedo il contributo per le seguenti attività:

- interventi di sostituzione nella cura del proprio familiare per attività personali: **intervento "aria libera"** (interventi orari, di durata inferiore alle 4 ore, durante il mese di riferimento)
- interventi di sostituzione nella cura del proprio familiare per poter usufruire di tempo libero: **intervento "week end"** (interventi nel w.e, durante il mese di riferimento);
- interventi di sostituzione nella cura del proprio familiare per beneficiare di periodi di vacanza: **intervento "ferie"** (breve periodo di riposo, durante il mese di riferimento)
- altro.....

Firma

Si allega alla presente:

- fotocopia del documento d'identità del richiedente non scaduto;

- fotocopia del documento d'identità della persona assistita dal caregiver familiare
- certificato specialistico rilasciato da struttura pubblica o CDCD o eventuale lettere del Distretto Socio sanitario comprovante l'esito positivo dell'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;
- che la persona assistita si trova in condizione di non autosufficienza come definito da DGR 1106 del 2006
- attestazione ISEE di valore uguale o inferiore a 30.000,00 in corso di validità