

COMUNE CAPOFILIA: CATANZARO - AMBITO TERRITORIALE DI CATANZARO

(Albi, Amato, Andali, Belcastro, Borgia, Botricello, Caraffa di Catanzaro, Catanzaro, Cerva, Cicala, Cropani, Fossato Serralta, Gimigliano, Magisano, Marcedusa, Marcellinara, Miglierina, Pentone, Petronà, San Floro, San Pietro Apostolo, Sellia, Sellia Marina, Sersale, Settingiano, Simeri Crichi, Sorbo San Basile, Soveria Simeri, Taverna, Tiriolo, Zagarise)

Grado di parentela: marito/moglie genitore nonno/a bisnonno/a zio/a
 suocero/a cognato/a altro (*specificare*) _____

DICHIARA, sotto la propria responsabilità

- Di avere acquisito il consenso della persona che assiste, di un suo amministratore di sostegno, di un suo tutore o curatore
- Che la persona assistita è in possesso del certificato di riconoscimento della Disabilità gravissima rilasciato in data _____ da _____;

OPPURE

- Che la persona assistita è stata riconosciuta la condizione di disabilità ai sensi della L. 104/94 ed è in possesso della certificazione sanitaria attestante la condizione di sostegno di intensità elevato ai sensi del D. Lgs. 62/24

DICHIARA di:

- Di avere compiuto 18 anni di età ed essere in condizione di autosufficienza;
- Essere cittadino italiano;
- Essere cittadino comunitario;
- Essere cittadino non comunitario, in possesso di titolo di soggiorno regolare n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____ o, in caso di rinnovo, in possesso di ricevuta di presentazione della relativa domanda rilasciata in data _____;
- Essere caregiver di persone di cui ai punti 1, 2 dell' art. 2 dell' Avviso Pubblico e che al momento della domanda sia in vita e residente in Calabria;
- essere residente in uno dei Comuni che afferiscono all' Ambito Territoriale di Catanzaro;
- in qualità di caregiver **di avere acquisito il consenso della persona che assiste, di un suo amministratore di sostegno, di un suo tutore o curatore;**

Ai fini dell' ammissione al contributo, di

- NON** usufruire di altri interventi monetari (es. contributo Fondo per le disabilità gravissime)
- USUFRUIRE** di altri interventi monetari (Specificare quali e l'importo - Es. assegno di cura per le disabilità gravissime erogato dall' Asp)
 € _____ a titolo di _____
 € _____ a titolo di _____

COMUNE CAPOFILA: CATANZARO - AMBITO TERRITORIALE DI CATANZARO

(Albi, Amato, Andali, Belcastro, Borgia, Botricello, Caraffa di Catanzaro, Catanzaro, Cerva, Cicala, Cropani, Fossato Serralta, Gimigliano, Magisano, Marcedusa, Marcellinara, Miglierina, Pentone, Petronà, San Floro, San Pietro Apostolo, Sellia, Sellia Marina, Sersale, Settingiano, Simeri Crichi, Sorbo San Basile, Soveria Simeri, Taverna, Tiriolo, Zagarise)

DICHIARA INOLTRE (ai sensi dell'art. 71 D.P.R. 445/2000), di trovarsi in UNA delle seguenti situazioni barrando la casella di interesse A), B)

A	CAREGIVER DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA²	<p><u>Di trovarsi in una delle seguenti condizioni (Barrare SOLO una casella):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Caregiver di persone che non hanno avuto accesso al Fondo per le disabilità gravissime per mancanza di risorse; <input type="checkbox"/> Caregiver di persone che non sono beneficiarie di altri contributi facenti capo allo stesso ambito di risorse o prestazioni assistenziali; <input type="checkbox"/> Caregiver non beneficiari di congedi straordinari retribuiti dalla Legge 104/92 art. 33; <input type="checkbox"/> Caregiver familiari monoreddito o nuclei monoparentali, nucleo familiare composto da un solo genitore.
----------	--	--

B	PROGRAMMI DI ACCOMPAGNAMENTO FINALIZZATI ALLA DEISTITUZIONALIZZAZIONE E AL RICONGIUNGIMENTO DEL CAREGIVER CON LA PERSONA ASSISTITA	<p><u>Di trovarsi in una delle seguenti condizioni (Barrare SOLO una casella):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> caregiver di persone che non sono inserite nei percorsi di deistituzionalizzazione per il Dopo di noi; <input type="checkbox"/> caregiver non beneficiari di congedi straordinari retribuiti di cui alla L. 104/92, art. 33; <input type="checkbox"/> caregiver familiari monoreddito o nuclei monoparentali.
----------	---	---

ALLEGA alla presente

² La condizione di disabilità gravissima viene definita all'art. 3 del DM 26 settembre 2016: "Persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla Legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159 del 2013, e per le quali si sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:

- a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10;
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4;
- d) 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 con lesione di grado A o B;
- e) persone con gravissima compromissione 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;
- f) 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;
- g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- h) 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;
- i) 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 psichiche

COMUNE CAPOFILIA: CATANZARO - AMBITO TERRITORIALE DI CATANZARO

(Albi, Amato, Andali, Belcastro, Borgia, Botricello, Caraffa di Catanzaro, Catanzaro, Cerva, Cicala, Cropani, Fossato Serralta, Gimigliano, Magisano, Marcedusa, Marcellinara, Miglierina, Pentone, Petronà, San Floro, San Pietro Apostolo, Sellia, Sellia Marina, Sersale, Settingiano, Simeri Crichi, Sorbo San Basile, Soveria Simeri, Taverna, Tiriolo, Zagarise)

1. Attestazione ISEE Socio Sanitario per prestazioni assistenziali in corso di validità della persona con disabilità;
2. Fotocopia di un documento di identità in corso di validità;
3. Fotocopia di un documento di identità in corso di validità del soggetto assistito;
4. Copia verbali Commissioni Sanitarie (L. n. 104/1992- L. n. 18/80 - Accompagnamento – Invalidità civile al 100%);
5. Certificazione/Scheda sanitaria rilasciata da una struttura pubblica attestante lo stato di condizione di disabilità gravissima;
6. Autodichiarazione, da parte del caregiver relativamente alla attività di cura del congiunto e alla conseguente ridotta capacità lavorativa;
7. Copia del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo in caso di richiedenti extracomunitari;

Eventuale altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti (Specificare i documenti aggiuntivi allegati)

AUTORIZZA

il Comune di residenza ed il Comune di Catanzaro al trattamento dei dati rilasciati, *esclusivamente* per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del D.lgs 101 del 2018 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii. con le modalità indicate nell'Avviso pubblico.

(Luogo e data)

(Firma leggibile)

La presente sottoscrizione vale anche per accettazione di quanto stabilito nell'Avviso Pubblico in capo al presente allegato per assunzione di responsabilità e delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci rese a pubblico ufficiale (art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e art. 495 c.p.).

Il/la sottoscritto/a si impegna, infine, a comunicare tempestivamente ogni variazione intervenuta relativamente alle dichiarazioni di cui alla presente istanza ed autorizza il trattamento dei dati personali per le finalità relative al procedimento in oggetto.

(Luogo e data)

(Firma leggibile)