



DOMANDA DI ACCESSO FONDO CAREGIVER

DATI CAREGIVER (RICHIEDENTE: CARE GIVER ABITUALE)

COGNOME

NOME

Il Sig./a

(di seguito indicato RICHIEDENTE)

M F

nato/a a (Prov.)

il _/ _/ _ _ recapiti e- mail

Codice Fiscale:

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

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

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

Residente in:

Via.....

Città CAP..... Provincia

- 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 essere pensionato/a, inoccupato/a o di non svolgere attività lavorativa a tempo pieno
- di avere un'attestazione ISEE ordinario al momento della domanda, in corso di validità con scadenza, pari a E pertanto inferiore o uguale a 25.000 euro
- l'assenza di altri specifici contributi regionali a sostegno della attività di cure familiare (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 care giver 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 care giver 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:

- l'erogazione della misura si conclude il 31/12/2022;
- Il contributo mensile è fisso (€ 350,00)
- non è richiesta alcuna rendicontazione
- la misura è erogata, in relazione alle disponibilità di 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.

- È necessario compilare il questionario relativo all'andamento della misura allegato alla presente modulistica. Il questionario sarà consegnato al momento della visita di monitoraggio effettuata dal CDCD o da altro medico specialista di struttura sanitaria pubblica, o in caso di visita dell'equipe integrata durante l'eventuale visita domiciliare.

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;
- attestazione ISEE di valore uguale o inferiore a 25.000,00 in corso di validità

(spazio da compilare a cura dell'operatore del distretto)