



Amministrazione destinataria

Comune di Aprigliano

Ufficio destinatario

Ufficio Servizi Sociali e Politiche della
Famiglia

Domanda di valutazione per il contributo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza per Caregiver Familiare

Il sottoscritto

Cognome			Nome			Codice Fiscale				
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Residenza										
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>			

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

di poter accedere al contributo previsto per la figura di Caregiver familiare

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

di poter accedere al contributo previsto per la figura di Caregiver familiare

Cognome			Nome			Codice Fiscale			
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

in qualità di

- coniuge
- altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 7
- familiare o affine di secondo grado

Specifico

di essere in una delle seguenti condizioni

- caregiver di persone in condizioni di disabilità gravissima o comunque non autosufficienti
 - persone in condizioni di coma, stato vegetativo (SV) oppure stato di minima coscienza (SMC) e con punteggio nella scala GCS uguale o minore a dieci
 - persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa
 - persone con grave o gravissimo stato di demenza con punteggio sulla scala CDRS uguale a quattro
 - persone con lesioni spinali fra C0 o C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala AIS di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione A o B
 - persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare; con bilancio muscolare complessivo minore a uno ai quattro arti alla scala MRC; con punteggio alla EDSS minore di nove; bin stadio 5 di Hoehn e Yahrmod
 - persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minoranze visiva totale o con residuo visivo non superiore a un ventesimo in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al dieci per cento e ipoacusia a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a novanta decibel htl di media fra le frequenze cinquecento, mille, duemila hertz nell'occhio migliore
 - persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello tre della classificazione del dsm 5
 - persone con diagnosi di ritardo mentale grave o profondo secondo classificazione dsm 5, con scala qi minore o uguale a trentaquattro e con punteggio sulla scala lapmer uguale o minore a otto
 - ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessivi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche
- caregiver di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali, comprovata da idonea documentazione
- programmi di accompagnamento finalizzati alla destituzionalizzazione e al raggiungimento del caregiver con la persona assistita

che la persona assistita è in vita alla data di presentazione della domanda

di possedere un valore ISEE ordinario pari a

Valore ISEE

€

di avere figli minorenni presenti nel proprio nucleo familiare

Numero minorenni

di percepire altri contributi pari a

Somma

€

di aver preso visione dell'avviso pubblico e di accettarlo in tutte le sue parti

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- copia del certificato di invalidità civile
- copia dell'attestazione ISEE
- copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Aprigiano CS

Luogo

Data

il dichiarante