



CITTÀ DI LAMEZIA TERME

SETTORE POLITICHE SOCIALI

UFFICIO DI PIANO DEL DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE
DI LAMEZIA TERME

(CORTALE, CURINGA, FALERNA, FEROLETO ANTICO, GIZZERIA, JACURSO, LAMEZIA TERME, MAIDA, NOCERA TERINESE,
PIANOPOLI, PLATANIA, SAN PIETRO A MAIDA)

Allegato A

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL' AVVISO PUBBLICO PER L'ASSEGNAZIONE
DI BENEFICI A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER
FAMILIARE AI AI SENSI DEL DECRETO DEL 27 OTTOBRE 2020 .**

AL COMUNE DI _____

Il/La _____ sottoscritto/a _____ nato
a _____ il _____, residente a _____
_____ in _____
tel _____ pec _____ e-mail _____
_____ in qualità di caregiver del sig./ra _____
_____ nato a _____
il _____, residente a _____ in
_____ tel _____

visto l'Avviso Pubblico approvato con Determinazione Dirigenziale _____

CHIEDE

di partecipare all'Avviso Pubblico per l'assegnazione di benefici a sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare ai sensi del Decreto del 27 Ottobre 2020.

A tal fine consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atto o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 DPR n. 445/2000, l'Amministrazione Comunale provvederà alla revoca dei benefici eventualmente concessi sulla base della dichiarazione rese, ai sensi degli articoli 46 e 47 DPR n. 445/2000,

DICHIARA

(Barrare le caselle che interessano)

- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino di uno Stato aderente all'Unione Europea in possesso di attestazione di regolarità di soggiorno;
- di essere cittadino di altro Stato non aderente all'Unione Europea in possesso di carta o di permesso di soggiorno;
- di essere residente nel Comune di _____, appartenente all'Ambito Territoriale di _____



CITTÀ DI LAMEZIA TERME

SETTORE POLITICHE SOCIALI

UFFICIO DI PIANO DEL DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE DI LAMEZIA TERME

(CORTALE, CURINGA, FALERNA, FEROLETO ANTICO, GIZZERIA, JACURSO, LAMEZIA TERME, MAIDA, NOCERA TERINESE,
PIANOPOLI, PLATANIA, SAN PIETRO A MAIDA)

Lamezia Terme;

di essere caregiver familiare ai sensi della Legge 205/2017 del Sig/Sig.ra _____ ;

che il Sig/Sig.ra (persona assistita) _____ è in condizioni di disabilità gravissima poiché affetto da : (barrare la voce interessata tra quelle sotto riportate)

- 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 $QI \leq 34$ 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 psicofisiche.

ovvero

che il Sig/Sig.ra (persona assistita) _____ è in condizioni di disabilità e/o non autosufficienza per: (*specificare*) _____

di essere (in qualità di caregiver) :

genitore

coniuge

convivente di fatto



CITTÀ DI LAMEZIA TERME

SETTORE POLITICHE SOCIALI

UFFICIO DI PIANO DEL DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE DI LAMEZIA TERME

(CORTALE, CURINGA, FALERNA, FEROLETO ANTICO, GIZZERIA, JACURSO, LAMEZIA TERME, MAIDA, NOCERA TERINESE,
PIANOPOLI, PLATANIA, SAN PIETRO A MAIDA)

- familiare o affine entro il secondo grado _____
- familiare entro il terzo grado nelle ipotesi previste all'art. 33, comma 3 Legge 104/92 e nel caso in cui l'assistito sia riconosciuto invalido ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge 104/92 o titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della Legge 11 Febbraio 1980 n. 1
- di beneficiare di congedi straordinari retribuiti di cui alla Legge 104/92 art. 33;
- di non beneficiare di congedi straordinari retribuiti di cui alla Legge 104/92 art. 33;
- di essere caregiver monoreddito;
- di essere caregiver appartenente a nucleo monoparentale;
- che il proprio nucleo familiare è così composto:

Cognome Nome	Luogo e Data di nascita	Grado di parentela	Attività lavorativa svolta

- che l'attività di cura alla persona assistita si espleta nel modo seguente (descrivere la modalità di assistenza e l'impegno orario della stessa) :

- che l'attività di cura per come descritta al punto precedente determina una ridotta capacità



CITTÀ DI LAMEZIA TERME

SETTORE POLITICHE SOCIALI

UFFICIO DI PIANO DEL DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE DI LAMEZIA TERME

(CORTALE, CURINGA, FALERNA, FEROLETO ANTICO, GIZZERIA, JACURSO, LAMEZIA TERME, MAIDA, NOCERA TERINESE,
PIANOPOLI, PLATANIA, SAN PIETRO A MAIDA)

lavorativa;

che la persona assistita si trova nelle seguenti condizioni:

- in condizioni di disabilità gravissima e di dipendenza vitale per una o più delle condizioni patologiche per come indicato all'art. 3 del D.M. 26 Settembre 2016;
- in condizione di disabilità o non autosufficienza;
- beneficiaria di invalidità civile e dell'indennità di accompagnamento;
- beneficiaria della Legge 104/1992 art.3 comma 3;
- non ricoverata in condizioni di continuità presso alcuna struttura socio sanitaria o sanitaria di tipo residenziale
- ricoverata presso la struttura _____ (da compilare solo nel caso in caso in cui si voglia attivare un percorso di deistituzionalizzazione);
- vive da sola
ovvero
- ovvero convive con nucleo familiare composto come indicato nella seguente tabella:

Cognome Nome	Luogo e Data di nascita	Grado di parentela	Attività

- fruisce o ha fruito dei seguenti servizi ed interventi sociali e/ sanitari (*specificare tipologia e periodo di fruizione*):

- beneficia dei seguenti contributi economici nell'ambito del Fondo per le disabilità gravissime o altra tipologia di fondo finalizzate alle medesime azioni (*specificare tipologia e periodo di fruizione*):



CITTÀ DI LAMEZIA TERME

SETTORE POLITICHE SOCIALI

UFFICIO DI PIANO DEL DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE
DI LAMEZIA TERME

(CORTALE, CURINGA, FALERNA, FEROLETO ANTICO, GIZZERIA, JACURSO, LAMEZIA TERME, MAIDA, NOCERA TERINESE,
PIANOPOLI, PLATANIA, SAN PIETRO A MAIDA)

RAPPRESENTA

infine, quanto segue:

1. Breve descrizione della situazione individuale e familiare attuale della persona assistita rispetto al contesto di vita

Allega alla presente i seguenti documenti:

- Certificazione rilasciata da un MMG attestante la condizione di disabilità gravissima e di dipendenza vitale per una o più delle condizioni patologiche per come indicato all'art. 3 del D.M. 26 Settembre 2016, ovvero di altra condizione di disabilità o di non autosufficienza;
- Copia del Verbale di invalidità civile;
- Copia del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;
- Eventuale copia della certificazione ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992
- Attestazione ISEE del caregiver
- riferimenti e/o documentazione a comprova dell'impossibilità di accesso a struttura residenziale a seguito delle misure emergenziali
- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente e del beneficiario qualora non coincidano, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/200



CITTÀ DI LAMEZIA TERME

SETTORE POLITICHE SOCIALI

UFFICIO DI PIANO DEL DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE DI LAMEZIA TERME

(CORTALE, CURINGA, FALERNA, FEROLETO ANTICO, GIZZERIA, JACURSO, LAMEZIA TERME, MAIDA, NOCERA TERINESE,
PIANOPOLI, PLATANIA, SAN PIETRO A MAIDA)

Il sottoscritto, infine, dichiara quanto segue:

- di avere preso visione dell'Avviso pubblico in trattazione e di accettarne integralmente le condizioni;
- di impegnarsi a comunicare al Comune di residenza – entro e non oltre 15 giorni dalla data in cui ne sarò venuto a conoscenza- ogni variazione relativa alle condizioni personali, reddituali e familiari dichiarate all'atto della domanda, nonché ogni altro evento suscettibile di modificare la condizione del beneficiario;
- di essere a conoscenza che la documentazione di coloro che beneficeranno del servizio verrà sottoposta ai controlli previsti dalle leggi vigenti al fine di verificare la veridicità delle informazioni fornite e che, qualora si riscontrasse una situazione difforme rispetto alle dichiarazioni da me sottoscritte è prevista la segnalazione all'Autorità Giudiziaria.
- di autorizzare il trattamento dei dati personali secondo la normativa vigente.

Lamezia Terme li _____

FIRMA
