

**Spett. Azienda Insieme per il
Sociale**

Allegato A

RICHIESTA ACCESSO

al sostegno caregiver familiare esercizio 2023

ai sensi della DGR XI/7605/2022 e DGR XI/7799/2023

Il/la sottoscritto/a _____ (nominativo)

nato/a a _____ prov. (____) il ____/____/____

residente a _____ prov. (____)

in qualità di caregiver familiare del/la sig./sig.ra/minore _____

(nominativo della persona con grave disabilità) nato/a a _____ prov.

(____) il ____/____/____ residente a _____ prov.

(____)

CHIEDE

di poter accedere alla valutazione per il riconoscimento del sostegno per interventi che favoriscano la sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare:

- Rimborso spese per interventi domiciliari;
- Rimborso spese per interventi residenziali extrafamiliari temporanei;
- Voucher per interventi di formazione/addestramento per percorsi di sostegno e addestramento ai caregiver familiari nell'attività di cura.

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;

AZIENDA SPECIALE CONSORTILE "INSIEME PER IL SOCIALE"

Sede legale e Sede operativa: Via Azalee, 14 – 20095 Cusano Milanino (MI)

Telefono: 02.66.42.97.27

e-mail: ufficio.piano@insiemeperilsociale.it

C.F./P.IVA: 08030790961 – **REA:** MI-1998531

DICHIARA

che la persona in condizione di grave disabilità:

1. si trova a domicilio;
2. è stato riconosciuto/a invalido/a al 100% con indennità di accompagnamento e/o in condizioni di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992;
3. è assistita dal solo caregiver familiare;
4. frequenta un servizio semiresidenziale sanitario, sociosanitario o sociale NO SI
(ad es. regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, riabilitazione in diurno continuo, CDD, CDI, CSE, presa in carico con Sperimentazioni riabilitazione minori disabili in regime diurno...)
5. è in carico alla Misura B2 esercizio 2023 NO SI
6. è in carico alla Misura B1 esercizio 2023 NO SI

DICHIARA

che il sottoscritto, individuato come caregiver familiare,

1. è _____ (specificare grado di parentela/affinità) della persona con grave disabilità;
2. dedica _____ ore al giorno alla funzione di caregiver svolgendo le seguenti attività di cura:
 - igiene personale (compreso il vestire/svestire) e/o gestione continenza
 - alimentazione (compresa preparazione e somministrazione)
 - mobilità (trasferimenti, passaggi posturali, deambulazione, spostamenti)
 - gestione terapia (compresa farmacologica, di supporto nutrizionale, respiratorio...)
 - supporto sociale e alla comunicazione (compreso gestione comportamento-problema)
3. di essere a conoscenza che l'eventuale riconoscimento del sostegno sarà comunicato solo a seguito della predisposizione della graduatoria da parte dell'Ufficio di Piano dell'Ambito di Cinisello Balsamo con approvazione entro il 31/01/2024;
4. di essere a conoscenza che le spese ammissibili sono quelle relative agli interventi forniti dal 01/01/2023 al 31/12/2023;

AZIENDA SPECIALE CONSORTILE "INSIEME PER IL SOCIALE"

Sede legale e Sede operativa: Via Azalee, 14 – 20095 Cusano Milanino (MI)

Telefono: 02.66.42.97.27

e-mail: ufficio.piano@insiemeperilsociale.it

C.F./P.IVA: 08030790961 – **REA:** MI-1998531

5. di essere a conoscenza che in caso di domanda incompleta e/o mancanza di documentazione fiscale idonea che comprovi la spesa sostenuta relativa alla sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare non sarà riconosciuto il sostegno.
6. di acconsentire al trattamento dei dati personali qui contenuti in quanto funzionali agli scopi per i quali e posto in essere. Nel rispetto della normativa di riferimento regolamento UE 679/2016 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del decreto legislativo 101/2018 in relazione ai dati personali contenuti nella presente domanda e che formeranno oggetto di trattamento, la informiamo di quanto segue: il trattamento dei suddetti dati risulta indispensabile ai fini dell'erogazione delle misure previste dalla DGR 7605/2022 e 7799/2023 e sarà effettuato dal personale a ciò delegato dei Comuni dell'Ambito Territoriale di Cinisello Balsamo, dell'Ufficio di Piano e dei servizi ASST e ATS competenti in materia, anche con l'ausilio di mezzi elettronici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

A tal fine

ALLEGA

- **documentazione sanitaria attestante lo stato di fragilità:** la documentazione sanitaria dovrà attestare la condizione di non autosufficienza attraverso un verbale di invalidità civile con riconoscimento al 100% con indennità di accompagnamento oppure in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n.104/92;
- **documentazione fiscale** (ad esempio fattura/ricevuta) che comprovi la spesa sostenuta per gli interventi di sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare;
- **copia carta di identità** del richiedente;
- **IBAN** su carta intestata

data

firma del dichiarante

AZIENDA SPECIALE CONSORTILE "INSIEME PER IL SOCIALE"

Sede legale e Sede operativa: Via Azalee, 14 – 20095 Cusano Milanino (MI)

Telefono: 02.66.42.97.27

e-mail: ufficio.piano@insiemeperilsociale.it

C.F./P.IVA: 08030790961 – **REA:** MI-1998531