Consorzio Progetto Solidarietà
AMBITO DI MANTOVA

ALLEGATO A

Al Comune di Castelbelforte

RICHIESTA DI ACCESSO AL FONDO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE – annualità 2022_esercizio 2023
ai sensi della DGR XI/7605/2022 e DGR XI/7799/2023

Il/la sottoscritto/a _____
(in qualità di soggetto destinatario del beneficio)

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

n.____ Tel_____

e-mail _____

Oppure se impossibilitato

Il/la sottoscritto/a _____
(in qualità di rappresentante degli interessi del soggetto destinatario del beneficio)

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

n.____ Tel_____

e-mail _____

quale □ ADS □ Genitore

□ Tutore/curatore □ Familiare

□ Altro _____
(specificare)

del/la sig./sig.ra_____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

n.____ Tel_____

Consorzio Progetto Solidarietà
AMBITO DI MANTOVA

CHIEDE

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

☐ Il Rimborso spese per interventi domiciliari pari ad € _____

☐ Il Rimborso spese per interventi residenziali extrafamiliari pari ad € _____

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;

DICHIARA

☐ che la persona in condizione di grave disabilità si trova al domicilio

☐ che la persona in condizione di grave disabilità è stata riconosciuta invalida 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

☐ che la persona in condizione di grave disabilità è assistita dal solo caregiver familiare per n° di ore al giorno, di assistenza attiva, pari a _____

Tipologia di assistenza attiva erogata dal Caregiver Famigliare

- ☐ Igiene personale (compreso 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

☐ che la persona in condizione di grave disabilità è in carico alla Misura B2 esercizio 2023

□ NO □ SI

☐ che la persona in condizione di grave disabilità frequenta un servizio semiresidenziale sanitario, sociosanitario o sociale

□ NO □ SI

☐ che la persona in condizione di grave disabilità non ha ricevuto ulteriori contributi a titolo di rimborso dell'intervento domiciliare/ residenziale extrafamiliare temporaneo per cui si sta presentando richiesta

Oppure

☐ che la persona in condizione di grave disabilità ha ricevuto uno o più contributi, a titolo di rimborso, dell'intervento domiciliare/ residenziale extrafamiliare temporaneo, per cui si sta presentando richiesta, per un importo pari ad € _____

Consorzio Progetto Solidarietà
AMBITO DI MANTOVA

Luogo e data _____ Firma_____

In caso di riconoscimento del contributo, a titolo di rimborso, chiede che il pagamento avvenga:

☐ direttamente al beneficiario, tramite accredito sul c/c di cui si allega IBAN.

☐ al/alla Sig/ra _____
residente a _____ via _____
tel. _____ C.F. _____
(Come da delega del beneficiario allegata), tramite accredito sul c/c di cui si allega IBAN.

Si allegano:

- **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** (es. fattura/ricevuta/quietanza) che comprovi la spesa sostenuta per gli interventi di sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare;
- **Documento di identità** del richiedente e del beneficiario (se non coincidenti).
- **Codice fiscale** del beneficiario.
- **Codice IBAN** rilasciato dalla banca.
- **Eventuale delega** per procedere all'accredito dell'assegno di cura su IBAN diverso da quello del beneficiario.

Trattamento dei dati personali

Nel rispetto della normativa di riferimento regolamento UE 679/2016 del decreto legislativo 30 giugno 2023, 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 Mantova, 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.

Preso atto dell'informativa il/la sottoscritto/a dichiarante acconsente al trattamento dei dati personali qui contenuti in quanto funzionali agli scopi per i quali è posto in essere.

Luogo e data_____

Firma _____