

MODULO DI INDIVIDUAZIONE DEL CAREGIVER PER SOGGETTI CON DISABILITÀ GRAVE O GRAVISSIMA*(Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze e Fondo Caregiver Familiare)*

Al Responsabile dell'Ufficio di Piano

Distretto Socio-Sanitario n. 45

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ*(Ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)*

Il/La sottoscritto/a:

Cognome:**Nome:****Luogo di nascita:****Data di nascita:****Comune di residenza:****Indirizzo:****Telefono / Cellulare:****Email / PEC:***consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci o formazione di atti falsi,***DICHIARA**

1. Di essere stato/a, nell'anno 2022, caregiver familiare ai sensi dell'art. 1, comma 255, della Legge n. 205/2017, in favore della persona assistita:

Cognome e Nome: _____**Luogo di nascita:** _____ **Data di nascita:** ____/____/____**Condizione di disabilità:** ☐ Grave ☐ Gravissima

2. Di aver svolto, nell'anno 2022, le seguenti attività di cura e assistenza in favore della persona assistita (selezionare le voci d'interesse):

- ☐ Igiene personale quotidiana
- ☐ Governo ed igiene dell'alloggio
- ☐ Aiuto nell'alzata e messa a letto
- ☐ Preparazione e/o somministrazione dei pasti
- ☐ Aiuto nella deambulazione, nell'uso della carrozzina o altri ausili (specificare): _____
- ☐ Disbrigo di pratiche amministrative ed esterne
- ☐ Accompagnamento per visite mediche o attività riabilitative
- ☐ Altro (specificare): _____

3. Che sia in capo al richiedente sia all'assistito sussistono tutti i requisiti previsti dall'art. 3 dell'Avviso Pubblico per l'accesso al contributo economico "una tantum" (Bonus Caregiver Familiare – Fondo anno 2022).

4. Che la persona assistita, nell'anno 2022, era in possesso della certificazione in corso di validità di cui alla legge 104/1992, art. 3 comma 3.

Luogo e Data:

Il Caregiver (Dichiarante)
