



Ambito
Distrettuale
Visconteo
Sud Milano

DOMANDA DI ACCESSO

**FONDO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA DEL CAREGIVER FAMILIARE
(DGR n° 7605 DEL 23/12/2022 E DELLA DGR n° 7799 DEL 23/01/2023)**

Il /la sottoscritto/a

Nome e Cognome _____

In qualità di:

- CAREGIVER
 TUTORE
 CURATORE
 AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

dell'assistito Sig./Sig.ra

Nome e Cognome _____

CHIEDE

di ottenere i benefici previsti dal Fondo per il sostegno del ruolo di cura del caregiver familiare e di accedere al seguente strumento:

- **Rimborso per intervento che favorisca la sostituzione del lavoro di cura del caregiver** fornito esclusivamente da Enti qualificati nel settore dell'assistenza domiciliare;

Specificare nominativo e ragione sociale dell'Ente che ha erogato il servizio _____

Ambito Distrettuale Visconteo Sud Milano

Ufficio di Piano

Sede di Rozzano / Piazza G. Foglia, 1 / 20089 Rozzano (MI)

Tel. 02 8226238 / **Email:** ufficiodipiano@comune.rozzano.mi.it

PEC: protocollo@pec.comune.rozzano.mi.it

Sede di Pieve Emanuele / Via Viquarterio, 1 / 20090 Pieve Emanuele (MI)

Tel. 02 90788327



- **Rimborso per soggiorno temporaneo di sollievo in unità d'offerta residenziale** (sono esclusi ricoveri a carattere riabilitativo);

Specificare l'unità di offerta residenziale (ragione sociale) nella quale è stato effettuato il ricovero _____

- **Rimborso per l'attivazione di voucher per interventi di formazione e addestramento del caregiver familiare** quali organizzazione e gestione funzionale degli spazi abitativi della persona disabile, valutazione del bisogno e/o addestramento al corretto utilizzo degli ausili, addestramento alla movimentazione in sicurezza nei passaggi posturali, addestramento nei compiti di assistenza e cura dell'igiene e dell'alimentazione, sviluppo di competenze relazionali e adattive fornito esclusivamente da uno degli Enti del Terzo settore accreditati per l'erogazione di servizi di assistenza domiciliare nell'Ambito Visconteo Sud Milano.

A tal fine, il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali e civili a cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace e di esibizione di falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che l'assistito a cui viene prestata assistenza

- è in condizione di gravità come accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992;
- percepisce l'indennità di accompagnamento;

DICHIARA

che l'assistito beneficia di assistenza fornita dal **SOLO** caregiver familiare senza il supporto di un assistente familiare regolarmente impiegato.

I destinatari degli interventi sono i caregiver familiari come definiti dall'Art.1, comma 255 della Legge n. 205/2017 ¹ direttamente coinvolti nel lavoro di cura del disabile in conformità con l'Art. 2 della Legge Regionale n. 23/2022 ².

Indicare il nominativo del caregiver familiare:

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

¹ L'Art. 1, comma 255, della Legge 30 dicembre 2017, n. 205 definisce caregiver familiare "la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto, di un familiare o di un affine entro il secondo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata, o sia titolare di indennità di accompagnamento".

² L'Art. 2 della Legge Regionale 23 del 30 novembre 2022, n. 23 identifica il caregiver familiare "omissis...quale soggetto volontario che integrandosi con i servizi sociali, sociosanitari e sanitari, contribuisce al benessere psico-fisico della persona assistita e opera, in relazione alla situazione di bisogno, nell'ambito del Piano assistenziale individuale (PAI), assistendola e supportandola, in particolare, nella cura in ambiente domestico, nelle relazioni di comunità, nella mobilità e nella gestione delle pratiche amministrative. Il caregiver familiare interagisce e integra la propria attività con quella degli operatori di cura e assistenza afferenti al sistema dei servizi pubblici e privati...omissis".

Grado di parentela con l'assistito _____

DICHIARA

di aver preso visione dell'Avviso pubblico per l'assegnazione del Fondo per il sostegno del ruolo di cura del caregiver familiare e di essere pertanto consapevole che in assenza di presentazione di idonea documentazione fiscale (fattura dell'Ente erogatore) e ricevuta comprovante la spesa sostenuta, della quale si chiede il rimborso, non sarà possibile procedere all'erogazione del rimborso stesso;

DICHIARA

di impegnarsi, in caso di accoglimento della presente domanda, a segnalare tempestivamente al Servizio Sociale del Comune di residenza qualsiasi variazione che comporti il venir meno dei requisiti previsti per accedere ai benefici previsti dalla DGR n° 7605/2022 e successiva DGR n° 7799/2023.

A tal fine, il/la sottoscritto/a, allega:

- **documento d'identità e codice fiscale del beneficiario dell'intervento (persona assistita);**
- **documento d'identità e codice fiscale di chi presenta l'istanza se persona diversa dal beneficiario dell'intervento (es. amministratore di sostegno);**
- **documento d'identità e decreto di nomina se l'istanza è presentata da amministratore di sostegno, curatore o tutore;**
- **verbale di invalidità dell'assistito;**
- **se presente, certificazione condizione di gravità, come accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992.**
- **se già in possesso, allega inoltre idonea documentazione fiscale (fattura dell'Ente) e ricevuta comprovante la spesa sostenuta da parte del cittadino della quale si chiede il rimborso.**

Per i cittadini finanziati o in lista d'attesa per la Misura B2 (DGR 7751/2022) non sarà necessario presentare documenti di cui il Servizio Sociale sia già in possesso in quanto già forniti in allegato alla domanda di accesso per la Misura B2. Sarà necessario invece allegare tutta l'eventuale documentazione che, successivamente all'inoltro domanda di accesso per la Misura B2, sia stata aggiornata.

Il sottoscritto chiede, che il rimborso richiesto, venga liquidato sul seguente conto bancario di cui indica gli estremi (il conto può essere intestato o cointestato esclusivamente al caregiver)

BANCA _____

IBAN _____

INTESTATARIO _____

EVENTUALE COINTESTATARIO _____

Luogo e data _____

Firma _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____

dichiara di avere ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 2016/679 e di avere preso atto dei diritti di cui all'art. 15 del citato Regolamento 2016/679 ed

acconsente

al trattamento dei dati sensibili nell'ambito del procedimento inerente l'erogazione del **Fondo per il sostegno del ruolo di cura del caregiver familiare previsti dalla DGR n° 7605/2022 e successiva DGR n° 7799/2023.**

Luogo e data _____ Firma _____

Considerato che il/la Signore/a _____
non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere,

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____

acconsente

al trattamento dei dati sensibili nell'ambito del procedimento inerente l'erogazione del **Fondo per il sostegno del ruolo di cura del caregiver familiare previsti dalla DGR n° 7605/2022 e successiva DGR n° 7799/2023.**

Luogo e data _____ Firma _____

Copia cartacea per cittadine e cittadini privi di domicilio digitale

(articolo 3-bis, commi 4-bis, 4-ter e 4-quater del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82)

La presente copia cartacea è tratta dal documento informatico originale, predisposto dall'Amministrazione scrivente in conformità alla normativa vigente e disponibile presso la stessa.

La stampa del presente documento soddisfa gli obblighi di conservazione e di esibizione dei documenti previsti dalla legislazione vigente.