

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 minore/sig./sig.ra _____ (nominativo della persona
con gravissima disabilità)

CHIEDE

di poter accedere alla valutazione per il riconoscimento del sostegno per il caregiver familiare:

- rimborso spese per interventi domiciliari;
- rimborso spese per interventi residenziali extrafamiliari temporanei.

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 veritieri (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità;

DICHIARA che la persona in condizione di gravissima disabilità:

1. è **residente** in Regione Lombardia (dalla data di presentazione della domanda)
2. si trova a **domicilio** e in una delle **condizioni** previste nell'elenco sotto riportato (ex art. 3 DPCM del 26.09.2016) come certificata dalla documentazione sanitaria allegata: (barrare la voce interessata)
 - 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 ore 7 giorni su 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 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**, valutate con la scala, tra le seguenti, appropriata in relazione alla patologia: Medical Research Council (MRC) con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti, Expanded Disability Status Scale (EDSS) con punteggio alla ≥ 9, Hoehn e Yahr mod in stadio 5;
 - F. persone con **deprivazione sensoriale complessa** intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 ad 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<=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, 7 giorni su 7, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.
3. frequenta un servizio semiresidenziale sanitario, sociosanitarie o sociale NO SI

(ad es. CDD, CDI, CSE, CDC, ...)

4. è assistita dal solo caregiver familiare e non è presente personale di assistenza regolarmente impiegato;

DICHIARA
che il sottoscritto, individuato come caregiver familiare,

5. è _____ (specificare grado di parentela/affinità) della persona con gravissima disabilità;

6. dedica _____ ore al giorno alla funzione di caregiver svolgendo le seguenti attività di cura:

- igiene personale/vestizione
- alimentazione/nutrizione
- gestione apparecchiature a supporto respirazione
- mobilitazione/trasferimenti
- gestione terapia
- gestione comunicazione/comportamenti problemi

7. di essere a conoscenza che l'eventuale riconoscimento del sostegno sarà comunicato solo a seguito della predisposizione delle graduatorie da parte della ATS competente (31/07/2023 - 31/01/2024);

8. di essere a conoscenza che le spese ammissibili sono quelle relative agli interventi forniti dal 01/01/2023 al 31/12/2023;

9. 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.

A tal fine

ALLEGA

quale documento obbligatorio per l'accoglimento della domanda

- **documentazione sanitaria specialistica**, a seconda della condizione/patologia in cui versa la persona, redatta dal medico specialista, di struttura pubblica o privata accreditata, che ha in carico l'interessato secondo quanto indicato dall'art. 3 DPCM del 26.09.2016 (sopra riportato);
- **documentazione fiscale** (ad esempio fattura/ricevuta) che comprovi la spesa sostenuta per gli interventi di sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare - se già in possesso.

In caso di mancanza di documentazione fiscale all'atto della presentazione della domanda il sottoscritto **SI IMPEGNA** a produrla appena in possesso e comunque non oltre i termini fissati dalla ATS di competenza.

Ed infine

CHIEDE

che tutti i contatti e le comunicazioni avvengano esclusivamente con:

Cognome _____ Nome _____

via/p.za _____ n° _____

Comune _____ Prov. (____) CAP _____

telefono _____ cell. _____

indirizzo e-mail _____

data

firma del dichiarante*

* allegare copia documento identità