



**Città di Vigevano**

Provincia di Pavia



**Settore Politiche Sociali-Culturali**

**Servizio Programmazione e Piano Zona**

AMBITO DISTRETTUALE DELLA LOMELLINA - Ufficio di Piano

## **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 \_\_\_\_\_

**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 della Lomellina

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 direttamente coinvolti nel lavoro di cura del disabile in conformità con l'Art. 2 della Legge Regionale n. 23/2022.**

Indicare il nominativo del caregiver familiare:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

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 o all'Ufficio di Piano 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

\_\_\_\_\_