**Allegato A**

**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 sig./sig.ra/minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nominativo della persona con grave disabilità) nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_\_\_\_)

**CHIEDE**

di poter accedere alla valutazione per il riconoscimento del sostegno per interventi che favoriscano la sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare:

* Rimborso spese per interventi domiciliari;
* Rimborso spese per interventi residenziali extrafamiliari temporanei;
* Voucher per interventi di formazione/addestramento per percorsi di sostegno e addestramento ai caregiver familiari nell'attività di cura.

*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**:

1. si trova a domicilio;
2. è stato riconosciuto/a invalido/a 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;
3. è assistita dal solo caregiver familiare;
4. frequenta un servizio semiresidenziale sanitario, sociosanitario o sociale □ NO □ SI

(ad es. regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, riabilitazione in diurno continuo, CDD, CDI, CSE, presa in carico con Sperimentazioni riabilitazione minori disabili in regime diurno…)

1. è in carico alla Misura B2 esercizio 2023 □ NO □ SI
2. è in carico alla Misura B1 esercizio 2023 □ NO □ SI
3. ha un reddito familiare ISEE (per prestazioni socio sanitarie o per prestazioni agevolate rivolte a

minorenni) pari a € ……………………;

**DICHIARA**

**che il sottoscritto, individuato come caregiver familiare,**

1. è \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare grado di parentela/affinità) della persona con grave disabilità;
2. dedica \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore al giorno alla funzione di caregiver svolgendo le seguenti attività di cura:
* igiene personale (compreso il 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 (compreso gestione comportamento-problema)
1. di essere a conoscenza che l’eventuale riconoscimento del sostegno sarà comunicato solo a seguito della predisposizione della graduatoria da parte dell’Ambito distrettuale Sociale di Varese con approvazione entro il 31/01/2024;
2. di essere a conoscenza che le spese ammissibili sono quelle relative agli interventi forniti dal 01/01/2023 al 31/12/2023;
3. 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.
4. Nel rispetto della normativa di riferimento regolamento UE 679/2016 del decreto legislativo 30 giugno 2033, 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 del Distretto di Varese, 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 e posto in essere.

A tal fine

**ALLEGA**

* **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** (ad esempio fattura/ricevuta) che comprovi la spesa sostenuta per gli interventi di sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare;
* **copia carta di identità** del richiedente e/o beneficiario e/o beneficiario e delegato alla riscossione;
* **Iban** su carta intestata;
* eventuale modulo di delega per la riscossione (solo per i residenti del comune di Varese).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 data firma del dichiarante

MODULO DI DELEGA

Varese, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al Comune di Varese

Area V Servizi alla Persona

Via Orrigoni 5

21100 VARESE

Io sottoscritto......................................................nato a..........…....... il.………….........residente a Varese in via/piazza........................................ n...........

codice fiscale...............................................................................…

in qualità di caregiver familiare del/della sig./sig.ra/minore……………………………………….

C H I E D O

che detto contributo sia liquidato a favore di..............................…………………………….

nato a..............……………………………... il............................................

residente a ............................... in via/piazza....................................................... n.......

codice fiscale......................................................................

con accredito sul conto corrente a questi intestato con IBAN:

..........................................................................................................

In fede,

.............................................(firma)

Varese, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_