

CAREGIVER DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA, come definita all'art. 3 del DM 26 settembre 2016: *"Persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla Legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159 del 2013, e per le quali si sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:*

- 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 (24/7);
- 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 dal livello 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 con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;
- f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in 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 $QI \leq 34$ 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, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

Di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- ☞ caregiver di persone che non hanno avuto accesso al Fondo per le disabilità gravissime per mancanza di risorse;
- ☞ caregiver di persone che non sono beneficiarie di altri contributi facenti capo allo stesso ambito di risorse o prestazioni assistenziali;
- ☞ caregiver non beneficiari di congedi straordinari retribuiti dalla Legge 104/92 art. 33;
- ☞ caregiver familiari monoreddito o nuclei monoparentali, nucleo familiare composto da un solo genitore.

CAREGIVER DI COLORO CHE NON HANNO AVUTO ACCESSO ALLE STRUTTURE RESIDENZIALI A CAUSA DELLE DISPOSIZIONI NORMATIVE EMERGENZIALI, COMPROVATA DA IDONEA DOCUMENTAZIONE;

Di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- ☞ caregiver di persone che non hanno avuto altre risposte assistenziali, quali ad esempio il contributo previsto dall'avviso per il sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia, a valere sui fondi erogati dalle ASP in merito alle disabilità gravissime;
- ☞ caregiver non beneficiari di congedi straordinari retribuiti dalla Legge 104/92 art. 33;
- ☞ caregiver familiari monoreddito o nuclei monoparentali, nucleo familiare composto da un solo genitore.

PROGRAMMI DI ACCOMPAGNAMENTO FINALIZZATI ALLA DEISTITUZIONALIZZAZIONE E AL RICONGIUNGIMENTO DEL CAREGIVER CON LA PERSONA ASSISTITA.

Di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- ☞ caregiver di persone che non sono inserite nei percorsi di deistituzionalizzazione per il Dopo di noi;
- ☞ caregiver non beneficiari di congedi straordinari retribuiti di cui alla L. 104/92, art. 33;
- ☞ caregiver familiari monoreddito o nuclei monoparentali.

Il sottoscritto (*nome e cognome*) _____ in qualità di caregiver di persone di cui ai punti 1, 2 e , **dichiara di avere acquisito il consenso della persona che assiste o di un suo amministratore di sostegno o di un suo tutore o curatore.**

Ai fini dell'ammissione al contributo, il sottoscritto _____ DICHIARA di

☞ **NON** usufruire di altri interventi monetari

☞ **USUFRUIRE** di altri interventi monetari

a titolo di _____ per un importo pari a € _____

ALLEGA alla presente

1. Autocertificazione del nucleo familiare dell'utente. (Mod.B allegato al presente avviso);
2. Attestazione ISEE in corso di validità;
3. Fotocopia di un documento di identità in corso di validità;
4. Fotocopia di un documento di identità in corso di validità del soggetto assistito;
5. Verbali Commissioni Sanitarie (L. n. 104/1992);
6. Copia del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo in caso di richiedenti extracomunitari;

Eventuale altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti (*specificare i documenti aggiuntivi allegati*)

1. _____
2. _____
3. _____

AUTORIZZA

il Comune di residenza ed il Comune di Crotone al trattamento dei dati rilasciati, *esclusivamente* per il procedimento di cui al presente avviso, ai sensi del D.lgs 101 del 2018 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e ss.mm.ii. con le modalità indicate nell’Avviso pubblico.

(Luogo e data)

(Firma leggibile)

La presente sottoscrizione vale anche per accettazione di quanto stabilito nell’Avviso Pubblico in capo al presente allegato per assunzione di responsabilità e delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci rese a pubblico ufficiale (art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e art. 495 c.p.).

Il/la sottoscritto/a si impegna, infine, a comunicare tempestivamente ogni variazione intervenuta relativamente alle dichiarazioni di cui alla presente istanza ed autorizza il trattamento dei dati personali per le finalità relative al procedimento in oggetto.

(Luogo e data)

(Firma leggibile)