

RICHIESTA ACCESSO FONDO CARE GIVER FAMILIARE (esercizio 2021)

DI PERSONA CON GRAVISSIMA DISABILITA' AI SENSI art.3 del DM 26.09.16 NON BENEFICIARIA DI MISURA B1
ai sensi della DGR XI/4443/2021

Il/la sottoscritto/a:

cognome _____ nome _____

Codice fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

nato/a a _____ prov. (____) il ____/____/____

residente a _____ prov. (____)

in via _____ n. _____

tel. _____ e.mail _____

in qualità di

- diretto interessato
- genitore, in possesso della responsabilità genitoriale:
 - in via esclusiva
 - in modo congiunto
- altro _____ (specificare)

CHIEDE

che venga riconosciuto l'accesso al **FONDO CARE GIVER FAMILIARE DGR 4443/2021 esercizio 2021**
a favore:

- di me stesso/a
- del/la sig./sig.ra _____ (nominativo persona con gravissima
disabilità)

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 gravissima disabilità:

1. è residente in Regione Lombardia (dalla data di presentazione della domanda)
2. si trova al momento della presentazione della domanda **a domicilio** e in una delle **condizioni** previste nell'elenco sotto riportato (ex art. 3 DPCM del 26.09.2016): *(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 $QI \leq 34$ 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, 7 giorni su 7, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

3. che è presente come caregiver familiare il/la sig./ra _____
(cognome e nome) _____ (specificare grado di parentela o vicinanza e allegare il documento di identità)

4. Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

5. che dedica n° _____ ore al giorno alla funzione di caregiver familiare dal ___/___/___

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);

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 _____	

Luogo e data

firma del dichiarante (*)

(*) allegare copia documento identità se non già agli atti istruttori della ASST