



RICHIESTA ACCESSO al sostegno caregiver familiare esercizio 2023

ai sensi delle DD.G.R. XI/7605/2022 e 7799/2023

Il/la sottoscritto/a _____ (nominativo) nato/a a _____
_____ prov. (____) il ____/____/____, residente a _____
_____ prov. (____) in qualità di caregiver familiare (indicare
il grado di parentela) _____ 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 intervento residenziale extra familiare ovvero soggiorno temporaneo in U.d.O. residenziale.

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
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 $QI \leq 34$ 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 psichiche.
3. presa in carico in Unità di Offerta semiresidenziale sanitaria, sociosanitarie o sociale
(ad es. CDD, CDI, CSE, CDC, ...) ☐ NO ☐ SI per un monte ore settimanale pari a _____
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 (31/01/2024);
8. di essere a conoscenza che le spese ammissibili sono quelle relative agli interventi forniti dal 01/01/2023 al 31/12/2023 fino ad un massimo di € 1.200,00 annui;
9. di essere a conoscenza che in caso di domanda incompleta e/o in mancanza di documentazione fiscale idonea a comprovare che la spesa sia stata sostenuta per la sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare, il sostegno non potrà essere riconosciuto.

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;
- **comunicazione estremi per la liquidazione del sostegno** (modello 2 allegato alla presente), con la precisazione che il conto dovrà essere intestato al beneficiario (disabile gravissimo);

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