

Domanda per **contributo CAREGIVER**

OGGETTO: Domanda ai fini dell'ottenimento del contributo destinato al ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ prov _____

residente a * _____

in via _____ CAP _____

codice fiscale _____

documento di identità _____ nr _____

rilasciato da _____

il _____ cittadinanza _____

telefono _____

email _____ PEC _____

* (il richiedente deve avere la residenza nella regione Friuli Venezia Giulia)

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, recante il Testo Unico delle Disposizioni Legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

DICHIARA sotto la propria responsabilità

- di essere in possesso della certificazione ISEE (riferita al proprio nucleo familiare) prot. n. _____ rilasciata in data _____ di importo pari ad euro _____ (l'indicatore ISEE deve essere inferiore ad euro 30.000,00);

- di essere caregiver familiare, come definito ai sensi dell'art. 1 comma 255 della legge n. 205/2017, in quanto è (barrare l'opzione cui ci si riferisce):

☐ coniuge o una delle parti dell'unione civile o convivente di fatto (specificare)

☐ familiare o affine entro il secondo grado (specificare)

☐ familiare entro il terzo grado, nei soli casi indicati dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 (cioè nei casi di: genitori o coniuge della persona con handicap in situazioni di gravità che abbiano compiuto i sessantacinque anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti), specificare:

- che il soggetto cui viene fornita assistenza è così identificato:

Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il __/__/____

residente a _____ *

in via _____ CAP _____

*(il soggetto assistito deve avere la residenza nel comune di Trieste; fa fede l'iscrizione dell'anagrafe della popolazione residente)

- che il soggetto cui viene fornita assistenza è: (barrare una delle tre opzioni)

☐ non autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé a causa di malattia, infermità o disabilità (acconsente alla somministrazione di scheda valutazione della non autosufficienza, della persona assistita, al momento della valutazione del personale socio-sanitario);

☐ riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 104/1992. (allega documentazione);

☐ titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 18/1980 (allega documentazione)

- che il soggetto cui viene fornita assistenza (barrare una delle tre opzioni):

☐ **non beneficia** di altro contributo a sostegno della domiciliarità (es. FAP)

☐ **beneficia** di altro contributo a sostegno della domiciliarità; specificare quale:

☐ **è in lista d'attesa** per l'ottenimento di un contributo di sostegno alla domiciliarità (es. FAP); specificare quale _____

(EVENTUALE CONDIZIONE DI PRIORITA')

- che il soggetto cui viene fornita assistenza è in condizione di **disabilità gravissima**: con tale definizione si intendono le persone beneficiarie di indennità di accompagnamento di cui alla legge 11 febbraio 1980 n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013, per le quali sia anche presente almeno una delle seguenti condizioni (cfr. allegati 1 e 2 del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 26 settembre 2016 "Riparto delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le non autosufficienze, anno 2016"):
- 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);
- persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 ;
- 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;
-
- 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;

- 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;
- persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- 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 ;
- persone in condizione di dipendenza vitale che necessitino di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche: si tratta di persone la cui patologia non rientra nelle classificazioni sopra riportate, ma che hanno un alto livello di compromissione nei seguenti domini:
 - a. motricità
 - dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana (ADL): l'attività è svolta completamente da un'altra persona;
 - b. stato di coscienza
 - compromissione severa: raramente/mai prende decisioni;
 - persona non cosciente;
 - c. respirazione
 - necessità di aspirazione quotidiana;
 - presenza di tracheotomia;
 - d. nutrizione
 - necessità di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi;
 - combinata orale e enterale/parenterale;
 - solo tramite sondino naso gastrico (SNG);
 - solo tramite gastrostomia (es. PEG)
 - solo parenterale (CVC)
- persona inserita in programmi di accompagnamento finalizzati alla **deistituzionalizzazione** e al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita;

DICHIARA altresì

di essere, relativamente alla persona assistita come sopra meglio specificata, il SOLO caregiver familiare a chiedere il contributo (si precisa che ci può essere solamente un solo caregiver per un solo assistito).

Per quanto sopra esposto, **SEGNALA** la propria situazione e quella della persona assistita ai fini dello svolgimento della valutazione da parte dell'équipe multidisciplinare, utile per l'ottenimento del contributo Caregiver.

Iban italiano intestato al caregiver su cui dovrà essere versato il contributo in caso di approvazione progetto:

o Iban estero intestato al caregiver su cui dovrà essere versato il contributo in caso di approvazione progetto:

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità penali che si assume ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 per falsità di atti e dichiarazioni mendaci, dichiara che quanto testè certificato è vero ed è accertabile ai sensi dell'art. 43 del citato DPR 445/2000 ovvero documentabile su richiesta delle Amministrazioni competenti.

Dichiara altresì di essere a conoscenza del fatto che sui dati autocertificati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art 71 del DPR 445/2000 s.m.i.

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 del 28/12/2000, alla presente dichiarazione è allegata copia di un documento di identità del dichiarante.

E' allegata altresì la scheda Zarit Burden Interview compilata e firmata dal richiedente.

ALTRI EVENTUALI DOCUMENTI ALLEGATI (barrare):

- ☐ attestazione della rappresentanza legale;
- ☐ documentazione attestante il riconoscimento di una condizione specifica, fra quelle elencate al punto 1) delle casistiche di priorità, così come definite dall'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016;
- ☐ documentazione attestante un programma di deistituzionalizzazione dalla struttura residenziale (ricongiungimento del caregiver con la persona assistita);
- ☐ copia del verbale di invalidità civile attestante il riconoscimento dell'indennità

di accompagnamento (L. 18/1980) e/o del verbale di accertamento dello stato di disabilità (L. 104/1992 art. 3 comma 3);

□ altri documenti: _____

Allegati: n. _____

FIRMA del dichiarante/richiedente _____

Data: _____

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

riceve per il Comune di Trieste l'addetto _____

in data: _____

numero domanda _____

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679/UE (GDPR Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati), il Comune La informa che i Suoi dati personali saranno trattati, sia in forma cartacea che con strumenti elettronici, per fini istituzionali, per gestire gli adempimenti istruttori ed amministrativi previsti nel presente procedimento e per adempiere a prescrizioni previste dalle legge, nonché per finalità di verifica autocertificazioni, pubblicazione in Albo Pretorio o Amministrazione Trasparente, e per archiviazione e conservazione entro i tempi previsti dalla legge. I trattamenti sopra descritti sono leciti ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. C ed E del GDPR.

Il titolare del trattamento è il Comune di Trieste, nella persona del Sindaco, il responsabile del trattamento è il Direttore del Servizio Sociale Comunale. Gli interessati possono esercitare in ogni momento i diritti previsti dal Regolamento UE 679/16, con la modulistica a disposizione nel sito web istituzionale.

I dati di contatto del Responsabile della Protezione dei dati (DPO) nonché il modello completo di informativa sono disponibili nella sezione Privacy del sito web del Comune di Trieste <https://www.comune.trieste.it>

Per informazioni è possibile contattare il **Numero Unico del Servizio Sociale comunale 040 9714545** operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 17.00.

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: STEFANO CHICCO

*CODICE FISCALE: ******

DATA FIRMA: 08/07/2025 11:46:15