All’Ufficio di Servizio Sociale del

Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OGGETTO**: Istanza di partecipazione - Progetto **“C2 – CARE FOR CAREGIVERS”**

**ANAGRAFICA CAREGIVER**

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito Telefonico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grado di parentela con il familiare assistito: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANAGRAFICA FAMILIARE ASSISTITO**

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diagnosi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo d’invalidità:

* Fisica;
* Psichica;
* Sensoriale.

In caso di più familiari assistiti:

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diagnosi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo d’invalidità:

* Fisica;
* Psichica;
* Sensoriale.

**DICHIARA**

Consapevole di quanto prescritto dall’art.76 del DPR 28/12/2000 n. 445 sulla responsabilità penale cui può andare in contro in caso di dichiarazione mendaci, sotto la propria responsabilità

* Essere caregivers familiare il cui disabile è in possesso della L. 104/92: (PUNTI DA 1 A 3)
* Art. 3 comma 1;
* Art. 3 comma 3;
* Disabile gravissimo (ai sensi dell’art. 3 del D.M. 26.09.16 – Patto di cura).
* Età anagrafica del caregivers familiare: (PUNTI DA 1 A 3)
* 25 – 49 anni;
* 50 – 79 anni;
* Oltre 80 anni.
* Numero di familiari e affini assistiti: (PUNTI DA 1 A 4)
* Uno;
* Due;
* Tre;
* Oltre tre familiari.
* Svolgimento di attività lavorativa: (PUNTI DA 1 A 4)
* Disoccupato;
* Occupato;
* Attività lavorativa interrotta per necessità familiari;
* Inabile al lavoro.
* Il familiare assistito rispetto al caregivers: (PUNTI DA 1 A 2)
* Convive nella stessa abitazione;
* Vive in un’abitazione diversa.
* Condizione abitativa e ambientale: (PUNTI DA 1 A 3)
* Assenza di barriere architettoniche;
* Alloggio collocato in zona periferica;
* Alloggio che presenta barriere architettoniche.
* Il familiare assistito usufruisce di altri servizi: (PUNTI DA 1 A 3)
* Centro diurno;
* Assistenza domiciliare;
* Non usufruisce di nessun servizio.
* ISEE Socio-Sanitario: (PUNTI DA 1 A 4)
* Da 0 a 8.000€;
* Da 8.000€ a 15.000€;
* Da 15.000€ a 20.000€;
* Da 20.000€ in poi.

**N.B.** Il punteggio verrà attribuito in ordine crescente per ogni campo sopra indicato.

**GRADO DI ASSISTENZA**

Barrare la casella pertinente al grado di assistenza prestata (totale o parziale)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AREE CHE RICHIEDONO ASSISTENZA** | **TOTALE (2 punti)** | **PARZIALE (1 punto)** |
| ASSISTENZA NELLE ATTIVITA’ QUOTIDIANE (uso dei servizi igienici, lavarsi, vestirsi) |  |  |
| ALIMENTAZIONE |  |  |
| ASSISTENZA NOTTURNA |  |  |
| MOBILITA’ ALL’INTERNO DELL’ABITAZIONE |  |  |
| MOBILITA’ ALL’ESTERNO DELL’ABITAZIONE |  |  |

**Allegare alla presente istanza:**

* copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
* certificazione I.S.E.E. Socio-Sanitario in corso di validità ai sensi della normativa vigente.

**Allegare, altresì, in busta chiusa con la dicitura “contiene dati sensibili” i seguenti documenti:**

* verbale della commissione attestante la disabilità ai sensi dell’art.3 della legge n.104/92, del familiare assistito;
* Per i disabili gravissimi allegare Patto di Cura ai sensi dell’art. 3 del D.M. 26.09.16.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

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