

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;
- Psicica;
- 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;
- Psicica;
- 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.

_____, li _____

FIRMA
