

Altro (Amministratore di Sostegno, Tutore o Curatore) SPECIFICARE: _____

atto di nomina n. _____ data: _____

Dati della persona con disabilità assistita

Nome e Cognome _____ Genere M/F _____

Nato/a a _____ () il _____

Residente in _____ alla via _____ n. _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DICHIARA ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000:

- di essere nelle condizioni di caregiver previste dalla L. 205/2017 art. 1 comma 255;
- di assistere la persona con disabilità, come definita nell' Avviso, valutata come disabile grave o gravissimo a seguito di valutazione integrata UVI al 22/01/2021;
- di impegnarsi all'iscrizione al Registro regionale dei caregivers familiari, di cui alla DGR 124/2021, non appena attivato;
- di aderire alla misura in oggetto;

INOLTRE DICHIARA:

che la persona disabile assistita è percettore di Assegno di cura:

SI

NO

che la persona disabile assistita è in carico alle Cure Domiciliari Sanitarie ADI presso l'Ambito S6 alla data del 22/01/2021;

SI

NO

che la persona disabile assistita è percettrice di altre misure di sostegno monetario :

Home care

Dopo di Noi

Altro (specificare) _____

SI ALLEGA ALLA PRESENTE:

- Documento d'identità del caregiver in corso di validità;
- Documento d'identità della persona assistita con disabilità in corso di validità;
- Copia di atto di riconoscimento dell'invalidità al 100% o copia di atto di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento della persona con disabilità;
- Copia del verbale INPS legge n. 104/92 art.3 comma3 **SOLO PER I DISABILI GRAVI COSI' COME DEFINITI IN SEDE DI UVI;**
- Copia verbale UVI (alla data del 22/01/2021);

Luogo e data

Firma

Autorizzo il trattamento dei miei dati particolari ai sensi del reg.EU 679/2016 (GDPR) e del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e succ. mod

Luogo e data

Firma