



## RICHIESTA ACCESSO Fondo caregiver familiare esercizio 2021

ai sensi della DGR XI/4443/2021

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (nominativo)

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)

in qualità di

- diretto interessato
- genitore, in possesso della responsabilità genitoriale:
  - in via esclusiva
  - in modo congiunto
- altro \_\_\_\_\_ (specificare)

### CHIEDE

che venga riconosciuto l'accesso al Fondo caregiver familiare esercizio 2021 a favore:

- di me stesso/a
- del/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ (nominativo persona con gravissima disabilità)

*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 (dalla data di presentazione della domanda)
2. si trova al momento della presentazione della domanda **a domicilio** e in una delle **condizioni** previste nell'elenco sotto riportato (ex art. 3 DPCM del 26.09.2016): *(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)  $\leq 10$ ;
  - 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)  $\geq 4$ ;

- 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  $\leq 1$  ai 4 arti, Expanded Disability Status Scale (EDSS) con punteggio alla  $\geq 9$ , 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)  $\leq 8$ ;
- 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 psicofisiche.

3. che è presente come caregiver familiare il/la sig./ra \_\_\_\_\_  
 (cognome e nome) \_\_\_\_\_ (specificare grado di parentela o vicinanza e  
 allegare il documento di identità) Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 che dedica \_\_\_\_\_ ore al giorno alla funzione di caregiver familiare dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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);

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 se non già agli atti istruttori della ASST