

OGGETTO: Autodichiarazione sulla presenza di una rete sociale e familiare e/o accesso a benefici di qualsiasi natura e provenienza a sostegno della domiciliarità ai sensi dell'art.4, terzo punto elenco, lettera b. dell'Avviso Pubblico n. 14198 del 16.12.2020 Interventi rivolti a persone con gravissima disabilità – anno 2021.

Il/La sottoscritto/a _____ Cod.fiscale _____
nato/a _____ il _____
telefono _____ e-mail _____

in qualità di richiedente l'attivazione degli interventi di cui all'avviso pubblico in oggetto in favore di:

- se stesso/a ovvero
- del/la signor/a _____ nato/a a _____
il _____ codice fiscale _____;
- visto l'avviso pubblico _____;
- al fine di consentire alla Unità valutativa multidimensionale distrettuale (UVM) l'attribuzione del punteggio relativo alla presenza di una rete sociale e familiare e/o l'accesso a benefici di qualsiasi natura e provenienza a sostegno della domiciliarità come previsto dall'avviso pubblico in oggetto al paragrafo 4, punto elenco 3, lett. b.;

DICHIARA

consapevole delle responsabilità penali a cui può andar incontro ai sensi dell'art.76 del D.Lgs. n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché di decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art.75 del suddetto decreto;

che la persona per la quale è stata richiesta l'attivazione degli interventi previsti:

contrassegnare con una l'opzione che si vuole dichiarare

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> A.1 usufruisce di servizi privati di assistenza domiciliare e/o educativa fornita da singoli operatori (Oss, Assistente familiare, educatore, ecc.) o da organismi privati (società cooperative, associazioni, ecc.) per un numero di ore al giorno pari in media a _____; |
| <input type="checkbox"/> A.2 non usufruisce di alcuno dei servizi sopra indicati; |
| _____ B.1 |
| oltre al caregiver può contare sull'aiuto o l'assistenza anche parziale di n. _____ familiari maggiorenni anche non conviventi; |
| <input type="checkbox"/> B.2 può contare esclusivamente sul caregiver per ogni tipo di aiuto e assistenza; |
| _____ |
| <input type="checkbox"/> C.1 è assistita da un care giver nel cui nucleo familiare sono presenti n. _____ minorenni e n. _____ ultra 75enni (oltre alla persona per la quale sono stati richiesti gli interventi in oggetto); |
| _____ |
| <input type="checkbox"/> D.1 è beneficiario del Programma Home Care Premium; |
| <input type="checkbox"/> D.2 non è beneficiario del Programma Home Care Premium; |
| _____ |
| <input type="checkbox"/> E.1 è beneficiario del Titolo di Cura ed Assistenza distrettuale (TCA); |
| <input type="checkbox"/> E.2 non è beneficiario del Titolo di Cura ed Assistenza distrettuale (TCA); |
| _____ |
| <input type="checkbox"/> F.1 è beneficiario di contributi per l'assistenza domiciliare o socioeducativa di qualsiasi natura e provenienza, ad eccezione del Titolo di Cura ed assistenza distrettuale, pari ad € _____; |
| <input type="checkbox"/> F.2 non è beneficiario di alcun contributo per l'assistenza domiciliare o socioeducativa. |

data _____

firma _____