Spett.le Comune di Spoltore
Ecad dell'Ads n. 16 Metropolitano

ALLEGATO C

DICHIARAZIONE CAREGIVER FAMILIARE

Da allegare alla domanda quando sia presente un caregiver familiare e/o venga espressa preferenza per l'assegno di cura a sostegno del caregiver familiare.

PER L'ACCESSO AI SERVIZI ED INTERVENTI ASSISTENZIALI A FAVORE DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI A VALERE SUL FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA (FNA)

Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza – PNA 2022-2024 - Annualità 2024
DGR Regione Abruzzo n. 149 del 20/03/2023, integrato con successive DGR n. 790 del 22.11.2023 e DGR n. 506/2026

1. Dati del caregiver familiare

Cognome e nome	_____
Nato/a a – il	_____ il ____/____/_____
Codice fiscale	_____
Residenza	Comune _____ Via/Piazza _____ n. ___
Recapiti	Tel. _____ E-mail _____
Rapporto con il beneficiario	_____

2. Persona assistita

Cognome e nome	_____
Codice fiscale	_____
Residenza	_____

3. Dichiarazioni

Il/la sottoscritto/a, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni non veritiere, dichiara:

☐ di svolgere concretamente attività di assistenza e cura in favore della persona sopra indicata e di rientrare, in relazione al rapporto con la persona assistita, nella nozione di caregiver familiare di cui all'art. 1, comma 255, della Legge n. 205/2017;

☐ di essere concretamente in grado di assicurare l'assistenza compatibile con i bisogni della persona assistita;

☐ di essere disponibile a partecipare alla valutazione multidimensionale e alla sottoscrizione dell'Accordo di Fiducia;

☐ di impegnarsi a collaborare con il Case Manager e con i servizi competenti nelle attività di monitoraggio e verifica;

☐ di comunicare tempestivamente all'ECAD n. 16 "Metropolitano" e ai servizi ogni variazione che incida sulla propria effettiva disponibilità/capacità di assistenza o sulla situazione della persona beneficiaria

4. Modalità e intensità del supporto prestato

Convivenza con la persona assistita	☐ Sì ☐ No
Se non convivente, distanza dal domicilio/residenza della persona assistita	circa _____ km / tempo di percorrenza _____
Frequenza dell'assistenza	☐ quotidiana ☐ più volte a settimana ☐ altra: _____
Ore indicative di assistenza personale	_____ ore/giorno – _____ giorni/settimana
Attività lavorativa del caregiver	☐ No ☐ Sì – ore giornaliere medie: _____ – turni: _____
Altri carichi di cura	☐ figli minori ☐ altri conviventi con gravità/non autosufficienza ☐ nessuno
Eventuali limitazioni del caregiver	età/condizioni personali/distanza/altro: _____

5. Attività di cura prevalentemente assicurate

☐ cura della persona e supporto nei trasferimenti;

☐ supporto alla mobilità domestica;

☐ vigilanza e/o supervisione;

☐ supporto nei compiti domestici;

☐ accompagnamento e mobilità per attività extradomestiche;

☐ altro:

_____

Dichiarazione sul trattamento dei dati

Il/La sottoscritto/a informato/a ai sensi dell'art. 13 del REG. UE 679/2016 relativo al trattamento ed alla protezione dei dati personali, che i dati personali volontariamente forniti necessari per l'istruttoria della pratica sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione e che gli stessi saranno utilizzati e comunicati anche alla Regione Abruzzo, per lo svolgimento delle fase endoprocedimentali rientranti nella competenza dello stesso Ente. I suddetti dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi Terzi non appartenenti all'Unione Europea. Il soggetto potrà esercitare i diritti di cui al succitato Regolamento UE GDPR n. 679/2016 (capo III). Il diritto di accesso dell'interessato alle informazioni sul trattamento dei dati personali che lo riguardano e altri diritti dell'interessato sono disciplinati nell'art. 21 del Regolamento UE n. 679/2016. L'interessato può proporre una segnalazione o un reclamo, in materia di Trattamento dei dati personali, all'Autorità di Controllo Garante Privacy.

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76 D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto Decreto Legislativo.
Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare all'Ads n. 16 Metropolitano le ragioni di impossibilità ad usufruire del beneficio o eventuali variazioni rispetto alle condizioni presenti al momento della richiesta.
Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali contenuta nell'Avviso pubblico e di essere consapevole che i dati forniti saranno trattati dall'ECAD esclusivamente per le finalità connesse alla gestione dell'intervento.
Con particolare riferimento ai dati relativi alla salute, il richiedente dichiara di essere consapevole che gli stessi saranno trattati esclusivamente nei limiti necessari alla verifica dei requisiti di accesso e alla gestione del beneficio, nel rispetto della normativa vigente.

Luogo e data: _____

Firma: _____

Si allega copia di un documento di identità in corso di validità del caregiver