



**AL DIRETTORE DELL'AZIENDA
SANITARIA TERRITORIALE DI ANCONA**

Autocertificazione del Caregiver familiare per accesso al contributo previsto dalla DGR n. 384 del 18.03.2024 "Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA). Contributi per l'anno 2024."

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE - ART. 46 E 47 DEL D.P.R. N. 445/2000

Il/La sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

Nato/a a _____ (____) il ____/____/____

residente a _____ (____) in _____ n° _____

domiciliato a (se luogo diverso da quello di residenza) _____

recapito telefonico _____ e-mail _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

- di essere CAREGIVER FAMILIARE

Specificare Legame di parentela/affinità _____

che fornisce assistenza e si prende cura gratuitamente e responsabilmente ai sensi dell'art. 1, comma 255 della legge 205/2017¹

del/della Sig./Sig.ra _____

Codice Fiscale _____

nato/a a _____ (____) il ____/____/____,

residente a _____ (____) in _____ n° _____

domiciliato a (se luogo diverso da quello di residenza) _____

¹ La legge n. 205 del 27 dicembre 2017 (art. 1 comma 255) definisce il caregiver familiare come "la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18".

Allegato C

al quale garantisce le seguenti prestazioni assistenziali:

- cura dell'igiene personale
- preparazione e/o somministrazione pasti
- aiuto per la corretta assunzione della terapia
- presenza durante le visite mediche e/o prestazioni socio-sanitarie
- disbrigo di pratiche amministrative
- presenza nei momenti di riposo, contrattualmente previsti, dell'assistente familiare
- altro _____

- che il nucleo familiare del Sig./Sig.ra _____ (assistito affetto da SLA) è composto da (*Specificare nomi e cognomi e relazioni di parentela*):

- di essere a conoscenza che saranno attivate forme di valutazione in merito all'assistenza erogata attraverso visite domiciliari dei competenti operatori del Distretto Sanitario dell'AST di Ancona.
- di essere a conoscenza e di impegnarsi a rispettare l'obbligo di comunicare tempestivamente (entro e non oltre 15 giorni dal verificarsi dell'evento) le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella domanda di accesso al contributo previsto dalla DGR n. 384/2024, in particolare i seguenti eventi riguardanti il familiare affetto da malattia rara:
 - a) il ricovero in una struttura residenziale di qualsiasi tipo autorizzata, accreditata e convenzionata pubblica/privata;
 - b) la perdita di altri requisiti previsti per l'ammissione al contributo;
 - c) il decesso;
 - d) il cambiamento dell'indirizzo di residenza;
 - e) l'eventuale cambiamento della persona di riferimento.

AUTORIZZA

il trattamento dei propri dati personali presenti nella presente dichiarazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679), per i fini propri della presente dichiarazione.

Luogo e data _____ Firma del Dichiarante _____

Si allega copia di un documento di identità in corso di validità.