



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

**Autocertificazione del Caregiver familiare per accesso al contributo previsto dalla DGR n. 383 del 18.03.2024 "Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste un familiare di età compresa tra 0 e 25 anni affetto da una malattia rara di cui all'Allegato 7 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 e che necessità di ventilazione e /o nutrizione artificiale. 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 205/2017<sup>1</sup>

del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

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

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

domiciliato a (se luogo diverso da quello di residenza) \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> 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 malattia rara) 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. 383/2024, 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 (es. stato di ventilazione e/o nutrizione artificiale, riconoscimento di portatore di handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L.104/92);
  - 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.