



BOVISIO MASCIAGO CESANO MADERNO DESIO LIMBIATE MUGGIÒ NOVA MILANESE VAREDO

**Allegato sub.1a
AUTOCERTIFICAZIONE CAREGIVER**

**Per accedere al Buono Sociale di CAREGIVER di cui all'AVVISO PUBBLICO
PER PROGRAMMA OPERATIVO FONDO PER LE NON
AUTOSUFFICIENZE TRIENNIO 2019-2021
D.G.R. XI/5791 del 21/12/2021 e ss.mm.ii.
ANNUALITÀ 2021 ESERCIZIO 2022**

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente a _____ (Prov) _____ in via _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di assolvere al compito di caregiver per almeno 20 ore settimanali in favore di _____ (nome e cognome) richiedente delle misure a favore di persone con grave disabilità o non autosufficienti **Misura B2 DGR XI 5791/2021 e ss.mm.ii.**;
oppure
- di essere genitore/tutore di _____, richiedente della presente Misura e di essere il di lui/di lei caregiver occupandomi in toto della cura dello stesso/stessa. (in questo caso, non è necessario compilare la tabella sottostante e il dettaglio dei compiti di cura. Passare direttamente alla sezione delle dichiarazioni).

Il ruolo di caregiver viene principalmente svolto in questi momenti, per almeno 20 ore settimanali (indicare nella seguente tabella orari effettuati):

	Mattina	Pomeriggio	Sera	Notte
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				
Sabato				
Domenica				

Il caregiver si impegna ad accettare controlli periodici da parte del case manager, in forme diverse tra le quali la visita domiciliare, relativamente allo svolgimento del proprio ruolo e all'erogazione delle prestazioni sopra descritte.

Il ruolo di caregiver si esprime principalmente in queste attività (barrare le opzioni di interesse):

- cura dell'igiene personale
- preparazione/somministrazione pasti
- somministrazione di farmaci/terapie
- presenza durante i momenti di riposo, contrattualmente previsti, dell'assistente familiare regolarmente assunto
- co-presenza durante la somministrazione di cure mediche e sociosanitarie da parte di personale esperto
- disbrigo di pratiche amministrative
- altro _____

DICHIARA INOLTRE

di:

- NON** assumere il ruolo di caregiver per più di due persone contemporaneamente richiedenti la **Misura B2 DGR XI 5791/2021 e ss.mm.ii.**
- essere occupato con contratto di lavoro di ____ ore settimanali
- di essere libero professionista
- di essere pensionato (artt. 45 e 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)
- disoccupato
- altro _____

Firma del caregiver

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati - Regolamento Europeo UE 2016/679, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma del caregiver

Il richiedente della **DOMANDA PER L'ACCESSO ALLE MISURE A FAVORE DI PERSONE CON GRAVE DISABILITA' O NON AUTOSUFFICIENTI MISURA B2 - DGR XI 5791/2021 e ss.mm.ii**, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445;
ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che quanto sopra dichiarato dal/la Sig/Sig.ra _____, corrisponde al vero e che lo/a stesso/a svolge in mio favore il ruolo di caregiver.

Firma richiedente
della misura B2

Il presente modulo è compilato e sottoscritto interamente dal caregiver, solo ed esclusivamente nel caso in cui lo stesso sia amministratore di sostegno/tutore/curatore; indicare gli estremi del documento formale di nomina:
decreto n. _____ del _____

Firma del caregiver/amministratore di sostegno
