

Ambito A1

Home Page



Home



Uscita



Assistenza



Caregiver

Anagrafica Caregiver

Codice Fiscale

Lista

Cognome

Lista

Nome

Comune di nascita

Lista

Data di nascita

Telefono Cellulare

E-Mail

@

Indirizzo

Indirizzo di residenza

Comune di residenza

Lista

Indirizzo di domicilio

Comune di domicilio

Dati Domanda



Salva



Allegati

Stato

Data richiesta

Bando

In qualita' di caregiver familiare di

Codice Fiscale

Cognome

Nome

Data di nascita

Comune di nascita

Cap

Comune di residenza

Indirizzo di residenza

Civico

Cap

Comune di domicilio

Indirizzo di domicilio

Civico

Cellulare

Telefono

Stato occupazionale

Tipo rapporto



Salva

Condizione

compilare solo se in possesso di verbale uvi: che la condizione di disabilita' gravissima dell'assistito rientra in una delle seguenti tipologie (barrare la casella di interesse):

<input type="radio"/>	a) persone in condizioni di coma, Stato vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) $< = 10$;
<input type="radio"/>	b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
<input type="radio"/>	c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio in scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) $> = 4$;
<input type="radio"/>	d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralita' devono essere valutate con lesione di grado A o B;
<input type="radio"/>	e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo $< = 1$ ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) $> = 9$, o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;
<input type="radio"/>	f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o

<input type="checkbox"/>	nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;
<input type="checkbox"/>	g) persone con gravissima disabilita' comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
<input type="checkbox"/>	h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 8 ;
<input type="checkbox"/>	i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche.
<input type="checkbox"/>	Nessuna disabilita' gravissima

Assistenza

Stato occupazionale caregiver

Data verbale uvi

N.verbale uvi

Data Richiesta UVI



Salva

Permesso di soggiorno

N.permesso

Data scadenza

Rilasciato da

Data rinnovo

A tempo indeterminato

Dati Isee

Indicare importo, numero di protocollo ed intestatario della certificazione isee in corso di validita' (anno corrente)
N.B: i decimali dell'importo **devono essere indicati con la virgola**

Data Protocollo

gg/mm/aaaa

Numero

Nominativo

intestatario

Importo Isee

Euro

Importo Voucher

750

Euro

Iban

Indicare l'iban del c/c bancario o postale (conto corrente e non libretto di risparmio) sul quale, in caso di valutazione positiva, si intende ricevere il bonus. Il codice fiscale dell'intestatario oppure del cointestatario del conto deve corrispondere al beneficiario

Numero Iban

Intestato a

Codice Fiscale



Salva

Dichiarazioni

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsita' in atti e dichiarazioni mendaci, dichiaro quanto di seguito elencato:

Di essere cittadino italiano/a o di uno stato dell'unione europea diverso dall'Italia	<input type="checkbox"/>
Di essere cittadino di uno stato non appartenente all'unione europea in possesso di regolare titolo di soggiorno in corso di validita'	<input type="checkbox"/>
Di avere la residenza in altro Comune rispetto a quello nel quale risiede il proprio familiare	<input type="checkbox"/>
Che la persona familiare di cui mi prendo cura non e' in Assistenza Domiciliare Integrata	<input type="checkbox"/>
Di essere caregiver di una persona con disabilita' gravissima	<input type="checkbox"/>
Di essere caregiver di una persona con disabilita' grave con punteggio barthel superiore a 55	<input type="checkbox"/>
Che al proprio assistito e' stata riconosciuta l'invalidita' al 100%	<input type="checkbox"/>
Che al proprio assistito e' stata riconosciuta l'invalidita' al 100% con indennita' di accompagnamento	<input type="checkbox"/>

Di aver acquisito formale consenso, ovvero dal suo tutore o curatore o amministratore di sostegno, per la comunicazione dei dati riferiti alla persona da me assistita nell'ambito del procedimento volto ad ottenere il voucher 3.2	<input type="checkbox"/>
Di essere coniuge/genitore/figlio-a/convivente di fatto/parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso/sorella-fratello/affine entro il II grado di parentela/affine entro il III grado di parentela della persona con disabilita'	<input type="checkbox"/>
Di non usufruire di alcun programma di assistenza tra Home Care Premium-INPS, Vita Indipendente, Dopo di Noi, Assegno di Cura e/o Assistenza Domiciliare Integrata	<input type="checkbox"/>
Di non aver usufruito del bonus di Euro 250,00 previsto dalla DGR 124/2021 - intervento 3.1, concesso ai caregiver familiari	<input type="checkbox"/>
Di essere a conoscenza che, qualora la documentazione presentata sia priva dei requisiti richiesti, l'Ambito Territoriale e' titolato a dichiarare inammissibile la domanda	<input type="checkbox"/>
Di impegnarsi a rendicontare le spese sostenute fornendo la relativa documentazione giustificativa dalla quale si evince chiaramente chi ha effettuato il pagamento, la causale ed il beneficiario	<input type="checkbox"/>
Di impegnarsi ad iscriversi al registro regionale dei caregiver familiari di cui al DGR n. 124/2021, non appena attivo	<input type="checkbox"/>
Di essere a conoscenza che in caso di accertamento di false dichiarazioni, il contributo non sara' concesso ovvero sara' recuperato e si dara' seguito alle opportune azioni sanzionatorie previste dalla legge	<input type="checkbox"/>
Di autorizzare il trattamento dei dati personali in conformita' alla vigente normativa (Regolamento UE n. 679/2016 e s.m.i.)	<input type="checkbox"/>

Allegati alla domanda

E' possibile caricare solo file PDF, ZIP, JPG;

Prima di allegare il documento, salvare la domanda

Nominativo	Prestazione	In carico a

Ambito A1

Via Fontananuova (ex sede Alto Calore)

Codice fiscale: 90012570645

P. IVA: 90012570645

Indirizzo

Via Dalmazia, 23

00043 Ciampino

Roma

Recapiti

tel: 067916780

Mail: Info@retedelsociale.it