

in via/piazza.....
CAP..... tel./cell...../.....e-mail.....

2- Di avere con l'assistito/a il seguente rapporto di parentela o affinità:

- | | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> coniuge | <input type="checkbox"/> unito civilmente | <input type="checkbox"/> convivente. | <input type="checkbox"/> padre/madre |
| <input type="checkbox"/> figlio/figlia | <input type="checkbox"/> fratello/sorella | <input type="checkbox"/> nuora | <input type="checkbox"/> genero |
| <input type="checkbox"/> nipote | <input type="checkbox"/> genitore solo | <input type="checkbox"/> coniuge senza figli | |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ | | | |

3- di convivere con la persona assistita;

4- di essere : occupato disoccupato ;

5- Che il familiare assistito si trova nelle seguenti condizioni (è possibile selezionare più casistiche):

- persona non in grado di prendersi cura di sé, 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
- persona in condizione di disabilità gravissima come definita dall'art 3 del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26/9/2016, beneficiaria dell'indennità di accompagnamento;
- persona non autosufficiente ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013 e a cui è riconosciuta la rispettiva indennità;
- persona che non ha avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali legate all'emergenza SARS COV2, e che risultino in lista di attesa per l'accesso alle strutture residenziali;

6- Che il familiare assistito:

- Non usufruisce di alcun servizio;
- Usufruisce dei seguenti servizi socio-sanitari _____

- Non beneficia di interventi a carattere economico;
- Beneficia dei seguenti interventi a carattere economico: _____

- attestazione dei servizi sociosanitari circa il ruolo di caregiver familiare ricoperto nel processo di cura della persona assistita (PAI se ricorre);
- attestazione UVM, o di altri Organismi sociosanitari autorizzati, di avvenuta valutazione della persona assistita con espresso parere positivo all'inserimento in struttura;
- certificazione da parte della struttura, di impossibilità di accesso a causa delle disposizioni normative inerenti la situazione di emergenza sanitaria;

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'art. 7 dell'Avviso sul trattamento dei dati personali di cui all'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 ed esprime formale autorizzazione.

Luogo e data _____

IL/LA DICHIARANTE
