

MODULO DI INDIVIDUAZIONE DEL CAREGIVER DISABILE GRAVE/GRAVISSIMO PER TUTTE LE PRESTAZIONI DEL FONDO NON AUTOSUFFICIENZA E FONDO CAREGIVER FAMILIARE

**Al Responsabile dell'Ufficio Piano
del Distretto SS 52 Marsala-Petrosino
c/o Settore Servizi alla Persona
Ufficio Servizi Sociali
del Comune di Marsala**

Il sottoscritto/ La sottoscritta

Cognome _____ Nome _____

luogo di nascita _____ data di nascita _____

Indirizzo _____ tel. _____

Comune di residenza _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del dpr 445/2000

di essere stato, **nell'anno 2021**, Caregiver ai sensi dell'art. 1, comma 255, della legge 205/2017 del:

disabile Grave Cognome _____ Nome _____

luogo di nascita _____ data di nascita _____

disabile Gravissimo Cognome _____ Nome _____

luogo di nascita _____ data di nascita _____

e , pertanto di aver svolto, in suo favore, nell' anno 2021, le seguenti attività di cura ed assistenza:

igiene personale quotidiana

governo ed igiene dell'alloggio

aiuto nell'alzata e messa a letto

preparazione dei pasti

somministrazione dei pasti

aiuto nella deambulazione o nell'uso della carrozzina o altri ausili (specificare) _____

disbrigo pratiche esterne

accompagnamento per visite mediche o attività riabilitative

altro specificare _____

In fede,

Data _____

Il Caregiver

Allegare documento identità in corso di validità del caregiver dichiarante