ALLEGATO "D"

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 2022,** 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 2022, le seguenti attivita'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