

AII. 2

AUTODICHIARAZIONE REQUISITI ASSISTENTE FAMILIARE

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. (____) in data _____
residente a _____ prov. (____) in via _____ n. _____

Codice fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _

Documento d'identità n. _____
rilasciato da _____ con scadenza il _____

consapevole che il Comune di residenza, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

DICHIARA

- di essere familiare o parente di _____
per il/la quale è stato richiesto il riconoscimento del beneficio per gli interventi dell'assistente familiare;

Specificare il grado di parentela rispetto al beneficiario:

- coniuge/convivente figlio/a padre
 madre fratello/sorella altro _____

Specificare (stato di famiglia anagrafico):

- convivente non convivente

- di essere occupato nella sua assistenza:

- per 40 o più ore settimanali o 24h su 24
 da 24 a 39 ore settimanali
 da 14 a 23 ore settimanali

- di essere nella seguente condizione:

(barrare la casella corrispondente)

- disoccupato/a casalinga/o pensionato
 cassaintegrato a zero ore mobilità lavoratore part-time (max 20 h sett.li)
 lavoratore a tempo pieno per n. ore settimanali

- di svolgere le seguenti attività per il familiare assistito:

Cura della persona <input type="checkbox"/> igiene personale parziale <input type="checkbox"/> igiene personale totale (bagno/doccia) <input type="checkbox"/> assistenza nella vestizione <input type="checkbox"/> assistenza nella deambulazione <input type="checkbox"/> assistenza negli spostamenti <input type="checkbox"/> alzata e messa a letto <input type="checkbox"/> assistenza controllo sfinterico <input type="checkbox"/> assistenza nell'assunzione dei pasti <input type="checkbox"/> somministrazione dei farmaci <input type="checkbox"/> assistenza notturna <input type="checkbox"/> altro: _____ _____	Attività domestiche <input type="checkbox"/> preparazione dei pasti <input type="checkbox"/> cura dell'ambiente di vita <input type="checkbox"/> altro: _____ _____ No te:
--	---

Dichiara inoltre

di non avere alcun riconoscimento di invalidità

oppure

di avere un'invalidità riconosciuta pari al ____/100%

di essere la persona che si occupa unicamente o principalmente dell'accudimento del beneficiario;

oppure

di essere supportato nell'attività di cura del beneficiario da

Nome e Cognome	Indirizzo di residenza	Parentela rispetto al beneficiario	Ore di assistenza giornaliera garantite	Ore di assistenza settimanale garantite

Allega copia del documento di identità

(Luogo e data)

In fede

Io sottoscritto _____ dichiaro di aver preso visione dell'informativa sulla privacy di cui all'art. 13 dell'Avviso e di acconsentire all'uso ivi descritto dei dati personali e sensibili resi ai fini della presente domanda.

(Luogo e data)

In fede

AUTODICHIARAZIONE REQUISITI ASSISTENTE FAMILIARE SECONDARIO

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. (____) in data _____
residente a _____ prov. (____) in via _____ n. _____

Codice fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _

Documento d'identità n. _____
rilasciato da _____ con scadenza il _____

consapevole che il Comune di residenza, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

DICHIARA

- di essere familiare o parente di _____
per il/la quale è stato richiesto il riconoscimento del beneficio per gli interventi dell'assistente familiare;

Specificare il grado di parentela rispetto al beneficiario:

- coniuge/convivente figlio/a padre
 madre fratello/sorella altro _____

Specificare (stato di famiglia anagrafico):

- convivente non convivente

- di essere occupato nella sua assistenza:

- da ____ a ____ ore settimanali

- di essere nella seguente condizione:

(*barrare la casella corrispondente*)

- disoccupato/a casalinga/o pensionato
 cassaintegrato a zero ore mobilità lavoratore part-time (max 20 h sett.li)
 lavoratore a tempo pieno per n. ore settimanali

- di svolgere le seguenti attività per il familiare assistito:

Cura della persona	Attività domestiche
<input type="checkbox"/> igiene personale parziale	<input type="checkbox"/> preparazione dei pasti
<input type="checkbox"/> igiene personale totale (bagno/doccia)	<input type="checkbox"/> cura dell'ambiente di vita
<input type="checkbox"/> assistenza nella vestizione	<input type="checkbox"/> altro: _____
<input type="checkbox"/> assistenza nella deambulazione	
<input type="checkbox"/> assistenza negli spostamenti	
<input type="checkbox"/> alzata e messa a letto	
<input type="checkbox"/> assistenza controllo sfinterico	
<input type="checkbox"/> assistenza nell'assunzione dei pasti	
	Note:

<input type="checkbox"/> somministrazione dei farmaci <input type="checkbox"/> assistenza notturna <input type="checkbox"/> altro: <hr/>	
---	--

Dichiara inoltre

di non avere alcun riconoscimento di invalidità

oppure

di avere un'invalidità riconosciuta pari al ____/100%

- di essere la persona che affianca l'assistente familiare principale nell'accudimento del beneficiario;

Allega copia del documento di identità

(Luogo e data)

In fede

CONSENSO DELL'INTERESSATO AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Io sottoscritto _____ dichiaro di aver preso visione dell'informativa sulla privacy di cui all'art. 13 dell'Avviso e di acconsentire all'uso ivi descritto dei dati personali e sensibili resi ai fini della presente domanda.

(Luogo e data)

In fede
