**ALLEGATO “D”**

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

# All’Ufficio Servizi Sociali

**del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**del Distretto socio sanitario D40**

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 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***