ALLEGATO 4

(RINNOVO/AGGIORNAMENTO)

ROMA

Municipio Roma X
Direzione Socio Educativa

SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 3 — REGIONE LAZIO

AUTOCERTIFICAZIONE
Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio
(artt.46 D.P.R. 28-12-2000 n.445)

Il/La sottoscritto/a_____nato/a_____

residente_____codice fiscale_____

documento_____n°_____rilasciato da_____

_____in data_____

recapiti_____ e-mail_____

in qualità di_____del Sig./Sig.ra/Minore_____

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci;

Ai sensi e per gli effetti degli artt.46 del citato D.P.R. 445/2000;

Sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- ❑ ai fini della valutazione del bisogno assistenziale per l'accesso agli interventi economici per la disabilità gravissima, il mantenimento da parte dell'utente delle medesime condizioni socio ambientali e familiari rilevate dall'equipe socio-sanitaria territoriale nell'anno 2019/2020;

OPPURE

- ❑ di volere aggiornare la domanda poiché risultano intervenuti nuovi elementi come di seguito riportato:
  - ❍ scelta di una diversa modalità di assistenza;
  - ❍ attivazione di ulteriori servizi e prestazioni sociali;
  - ❍ indicazione di un diverso caregiver e/o di cambiamento dello stato anagrafico del caregiver (*convivenza*);
  - ❍ attestazione dell'aggravamento della compromissione funzionale (*allegare certificazione medica aggiornata di cui all'Allegato 2*) ;

DICHIARA

- ❑ che l'utente **NON E'** ricoverato/a, tempo indeterminato, presso una struttura residenziale o semi-residenziale;
- ❑ che l'utente **E'** ricoverato/a, a tempo determinato, presso_____

  dal_____al_____;

Dichiarazioni da rilasciarsi solo nel caso risultasse necessario aggiornare la domanda poiché intervenuti nuovi elementi :

DICHIARA

(*COMPILARE SOLO IN CASO DI SCELTA DI UNA DIVERSA MODALITÀ' DI ASSISTENZA*)

Di chiedere di accedere:

- ❑ all'assegno di cura nella forma indiretta, attraverso contributo economico da corrispondere a personale debitamente formato (assistente familiare);
- ❑ all'assegno di cura nella forma diretta, attraverso gli Organismi accreditati nel proprio territorio;
- ❑ al contributo di cura attraverso la figura del caregiver;

DICHIARA

(*COMPILARE SOLO IN CASO DI ATTIVAZIONE DI ULTERIORI SERVIZI E PRESTAZIONI SOCIALI*)

- ❑ che l'utente **NON E'** beneficiario di alcun tipo di assistenza domiciliare;
- ❑ che l'utente **E'** beneficiario di altri servizi di assistenza:
  - ❍ Home Care Premium;
  - ❍ Servizi di assistenza domiciliare (SAISA-SAISH);
  - ❍ Altro (specificare) _____;

DICHIARA

(*COMPILARE SOLO IN CASO DI SCELTA DI UN DIVERSO CAREGIVER E/O CAMBIAMENTO DELLO STATO ANAGRAFICO DEL CAREGIVER -Convivenza-*) :

Che il Sig.re/a _____codice fiscale_____

in qualità di caregiver del Sig./Sig.ra/Minore_____

- ❑ presta attività lavorativa a tempo pieno;
- ❑ presta attività lavorativa a tempo parziale per un totale di ore_____settimanali;
- ❑ NON presta attività lavorativa;

Data_____/_____/_____

Firma

_____

Ai sensi dell'art.38 del D.P.R: 445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata a copia fotostatica, non autentica, di un documento di identità del sottoscrittore all'Ufficio competente via posta elettronica certificata o tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Si allega alla presente copia di un documento di identità