

Il sottoscritto/a _____

DICHIARA

(barrare le voci che interessano)

consapevole delle responsabilità penali cui possa incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR 445 del 28/12/2000;

che l'assistente familiare che operava presso il domicilio del beneficiario, era stato assunto dal _____ al _____ con regolare contratto di lavoro per n° _____ ore settimanali per le quali sono stati versati regolari contributi;

(gg/mm/anno)

(gg/mm/anno)

Cognome e nome _____
(Assistente familiare)

- di partecipare per la prima volta o con nuova assunzione al progetto Un Euro all'ora;

che il beneficiario:

- aveva usufruito di servizi socio assistenziali (Assistenza Domiciliare) erogati dal Comune – Azienda USL 7 in concomitanza al rapporto di lavoro con l'assistente domiciliare nell'anno 2007;
- aveva ricevuto contributi dal progetto Un Euro all'ora nell'anno 2004;
- aveva ricevuto contributi dal progetto Un Euro all'ora nell'anno 2005;
- aveva ricevuto contributi dal progetto Un Euro all'ora nell'anno 2006;

Allega i seguenti documenti:

1. Scheda di Valutazione del Grado di non autosufficienza (scheda B) rilasciata dall'Azienda USL 7 oppure certificazione di handicap in stato di gravità (L:104/92) del beneficiario dell'assistenza;
2. Dichiarazione Sostitutiva Unica dell'ISEE 2007 – redditi 2006 del beneficiario dell'assistenza;
3. Certificato di morte del beneficiario dell'assistenza;
4. Atto di delega o delega cumulativa (ove necessaria) degli eredi in marca da bollo;
5. Copia dei bollettini INPS relativi all'anno 2007

Per chi partecipa la prima volta o per le nuove assunzioni di assistenti familiari:

1. Contratto stipulato all'assunzione dell'Assistente Familiare;
2. Copia della comunicazione di assunzione INAIL e/o INPS per lavoro di cura familiare;
3. Copia della Comunicazione al Centro dell'Impiego;

.....lì _____

.....

Allegato B

Sintesi dei dati della scheda di valutazione di non autosufficienza

DATI ANAGRAFICI

Nome e cognome

data e luogo di nascita

residenza

HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA'

PATOLOGIE PREMINENTI

Morbo di Alzheimer

Cerebropatie invalidanti (esiti da ictus cerebrali)

Demenze senili gravi o pluripatologie invalidanti

Gravi limitazioni dell'autonomia per lo svolgimento degli atti quotidiani

VALUTAZIONE ABILITA' RESIDUE

Scheda Pfeiffer da 0 a 2

da 3 a 6

da 7 a 10

Scheda ADL > di 11

da 10 a 5

< a 5

Scheda IADL > di 2

da 2 a 0