

**Interventi in favore di persone in condizione di disabilità con necessità di sostegno intensivo**

**DICHIARAZIONE DI IMPEGNO ALLA RENDICONTAZIONE**

(ai sensi degli artt. 45 e 46 del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

in qualità di Caregiver familiare del Sig/Sig.ra

(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 2000, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di false dichiarazioni, ai sensi dell'articolo 76 del medesimo D.P.R.,**

**DICHIARA di essere a conoscenza:**

- che il ruolo del caregiver è volontario e gratuito;
- che il contributo, eventualmente percepito nell'ambito del procedimento per la disabilità gravissima, non costituisce forma di sostegno al reddito;
- che il predetto contributo è diretto esclusivamente all'assistenza alla persona con disabilità e si inserisce nel progetto di cura della stessa.

**DICHIARA altresì**

- che non è stato nominato in favore dell'assistito un tutore o amministratore di sostegno;
- che è stato nominato un tutore o un amministratore di sostegno e che lo stesso è a conoscenza della richiesta di contributo per la disabilità gravissima;

Tutto ciò premesso,

**SI IMPEGNA**

ad utilizzare il contributo di cura, eventualmente riconosciuto, per l'assistenza in favore della persona con disabilità e a documentare le spese sostenute per l'assistenza su richiesta dell'ufficio.

Nello specifico, si impegna a rendicontare il contributo di cura mediante copia del contratto di lavoro del collaboratore familiare o mediante i giustificativi di spesa relativi all'acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale, fermo restando che saranno ammesse solo le spese in favore dell'assistito previste all'interno del Piano Assistenziale Individuale (PAI).

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_