

Modello di domanda

**AL COORDINATORE DELL'ENTE
CAPOFILA DELL'ATS N. 4 DI
URBINO**

DGR n. 802/2024
Fondo CAREGIVER FAMILIARE
Domanda contributo
Dichiarazione sostitutiva
(art. 46, 47 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a

nato/a a il residente a

in via n. Cap

Codice fiscale.....

Tel.Cell.

email:.....PEC.....

PRESA visione della DGR n. 802 del 27/05/2024 recante: “Decreto del Ministro per le Disabilità di concerto con il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 30/11/2023 “Fondo Nazionale per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare per l’anno 2023”. Approvazione dei criteri di riparto delle risorse agli Ambiti Territoriale Sociali e delle modalità attuative dell’intervento”.

VISTO l’Avviso dell’Ambito Territoriale Sociale relativo all’intervento a favore del caregiver familiare

DICHIARA sotto la propria responsabilità:

di essere il caregiver familiare che fornisce assistenza continuativa prevalente e globale al Sig./Sig.ra

Codice Fiscale

nato/a () il / /,

residente a ()

in n°

che la persona assistita è in possesso del certificato di riconoscimento della disabilità gravissima rilasciato in data dalla Commissione Sanitaria Provinciale operante presso l’Azienda Sanitaria Territoriale - AST di nell’ambito dell’intervento “Disabilità gravissima” sostenuto con il Fondo Nazionale per le non autosufficienze - FNA;

che la persona assistita non beneficia del contributo per gli interventi: “Riconoscimento del lavoro di cura dei caregiver attraverso l’incremento del contributo alle famiglie per l’assistenza a persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica”, “familiari 0-25 anni affetti da malattie rare di cui alla DGR n.475/2019”; “Assegno di cura” rivolto agli anziani non autosufficienti, Vita Indipendente.

che la persona assistita è in vita alla data di presentazione della domanda;
--

CHIEDE

Di poter accedere al contributo previsto per la figura del caregiver familiare ai sensi della DGR n. 802 del 27/05/2024.

Si allegano alla presente:

- ISEE (DSU) del sottoscritto;
- copia di un documento d'identità valido del sottoscrittore;

AUTORIZZA

il trattamento dei propri dati personali presenti nella presente dichiarazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell’art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679), per i fini propri della presente dichiarazione.

COORDINATE BANCARIE PER RISCOSSIONE CONTRIBUTO

Nel caso in cui la domanda dovesse avere esito positivo si indicano di seguito le coordinate bancarie per riscossione contributo:

Codice IBAN del c/c:[illegible]

Intestato al richiedente il beneficio:

Nome e Cognome: _____

Indirizzo: _____

Codice Fiscale intestatario Iban:

[illegible]

Luogo e data _____

IL /LA DICHIARANTE

(firma per esteso e leggibile)