

ALL' UNIONE MONTANA DEI SIBILLINI  
ENTE CAPOFILA DELL'ATS 24  
CORSO G. MATTEOTTI 46/48  
63854 SANTA VITTORIA IN MATENANO (FM)

**DGR n.1623/2022**  
**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..... e-mail:.....

Pec:.....

*PRESA visione della DGR n. 1623 del 03/12/2022 recante: "Decreto 28/12/2021 del Ministro per le Disabilità di concerto con il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali - Fondo Nazionale per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare per l'anno 2021. Criteri per l'attuazione degli interventi e per il riparto delle risorse tra gli Ambiti Territoriali Sociali".*

**Visto** l'Avviso dell'Ambito Territoriale Sociale 24 relativo all'intervento a favore del caregiver familiare;

**Consapevole** delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.;

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

**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 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 della Area Vasta n. \_\_\_\_ 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", intervento a favore di minori 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. 1623 del 03/12/2022.

Si allegano alla presente:

- ISEE (DSU 2023) del sottoscritto;
- Copia di un documento d'identità valido del sottoscrittore;
- Copia del codice IBAN rilasciato dalla Banca o dalla Posta;

## **AUTORIZZA**

il trattamento dei propri dati personali presenti nella presente dichiarazione ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/2003 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.

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

Firma del Dichiarante  
  
\_\_\_\_\_