

AL COORDINATORE DELL'ENTE
CAPOFILA DELL'AMBITO
TERRITORIALE SOCIALE N. 24
DI SANTA VITTORIA IN MATENANO (FM)

DGR n.564/2023
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. 564 del 28/04/2023 recante: "Decreto 17/10/2022 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 2022. 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 casodi 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 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. 564 del 28/04/2023.

Si allegano alla presente:

- ISEE (DSU) 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 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.

Luogo e data _____

Firma del Dichiarante
