

**AL COORDINATORE DELL'ENTE  
CAPOFILA DELL'AMBITO  
TERRITORIALE SOCIALE N. 20  
DI PORTO SANT'ELPIDIO**

**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 XX 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 e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)"; Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste un familiare di età compresa tra 0 e 25 anni affetto da una malattia rara di cui all'Allegato 7 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017; Assegno di cura rivolto agli anziani non autosufficienti nell'ambito del Fondo per le non autosufficienze; Vita indipendente.

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

**DICHIARA** inoltre:

di essere consapevole che le presenti dichiarazioni verranno sottoposte a verifica.

### **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;
- copia del Conto Corrente intestato o cointestato al caregiver familiare richiedente.

### **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 \_\_\_\_\_