

**ALLEGATO B**

**AL COORDINATORE DELL'ENTE  
CAPOFILA DELL'AMBITO  
TERRITORIALE SOCIALE N.16  
DI: SAN GINESIO**

**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 ORDINARIO e relativa DSU in corso di validità 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.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del Dichiarante \_\_\_\_\_