

All.2 DD RG 2276_2024

**AL COORDINATORE DELL'ENTE
CAPOFILO DELL'AMBITO TERRITORIALE
SOCIALE XIX
DI FERMO**

**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 ilresidente 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 XIX 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.

COMUNICA

che qualora il contributo fosse riconosciuto, i riferimenti per la riscossione sono i seguenti:

Conto corrente per accredito intestato o cointestato al caregiver familiare

Banca

CODICE IBAN (coordinata bancaria internazionale che consente di identificare il/c del beneficiario)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Si allegano alla presente:

- ISEE (DSU 2024) del sottoscritto;
- copia di un documento d'identità valido del sottoscrittore;
- copia di un documento della banca in cui sia riportato il codice IBAN, al fine di poter gestire eventuali errori o illeggibilità del codice IBAN sopra riportato.

DICHIARA INOLTRE

di aver preso visione e di accettare l'informativa sul trattamento dei dati (Regolamento Europeo 2016/679 e D.Lgs. 196/03 privacy), e dell'avvio del procedimento (L. 241/1990 modificata dalla L.15/05), sulla base delle indicazioni riportate in calce all'Avviso pubblico e di avere stampato e trattenuto copia delle predette informative.

Luogo e data _____

Firma del Richiedente _____