

**AL COORDINATORE DELL'ENTE
CAPOFILA DELL'AMBITO
TERRITORIALE SOCIALE N.21
DI SAN BENEDETTO DEL TRONTO**

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.....

Qualsiasi comunicazione sarà inviata esclusivamente via mail o Pec agli indirizzi sopra riportati

in qualità di caregiver familiare (ai sensi del comma 255 dell'art. 1 della Legge 27 Dicembre 2017, n.205) come di seguito specificato:

familiare convivente (entro il 4° grado e affine entro il 2°);

familiare non convivente (entro il 4° grado e affine entro il 2°);

soggetto convivente di fatto e/o altra parte dell'unione civile ai sensi della Legge 20 Maggio 2016 n. 76;

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 n.21 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 l'assistenza è prestata nel seguente modo:

Nominativo	Legame con assistito/a: figlio, nipote, fratello, etc. Oppure Badante regolarmente assunta	Tipologia di assistenza fornita (quotidiana, nel fine settimana, etc.)
Frequenza Scuola, Centro Diurno, altro (specificando monte ore settimanale e impegno orario)		

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 e che non è inserita in modo permanente in una struttura residenziale.

CHIEDE

Di poter accedere al contributo previsto per la figura del caregiver familiare ai sensi della DGR n. 802 del 27/05/2024 e che le coordinate del conto corrente bancario/postale, eventualmente necessarie, sono le seguenti:

