

Ambito Territoriale Sociale n.5



Belforte all'Isauro, Carpegna, Frontino, Lunano, Macerata
Feltina, Mercatino Conca, Montecerignone, Montecopiolo,
Monte Grimano Terme, Piandimeleto, Pietrarubbia,
Sassocorvaro Auditore, Sassofeltrio, Tavoletto



AL COORDINATORE DELL'ENTE
CAPOFILO DELL'AMBITO
TERRITORIALE SOCIALE N.____
DI: _____

Decreto Ministeriale 27/10/2020
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.1028 dell'11/08/2021 recante: "Decreto 27/10/2020 del Ministro delle Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Fondo Nazionale per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare per gli anni 2018-2019-2020. Criteri per l'attuazione degli interventi e per il riparto delle risorse tra gli Ambiti Territoriali Sociali".

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 della Area Vasta n. ____ di _____ nell'ambito dell'intervento "Disabilità gravissima" sostenuto con il Fondo Nazionale per le non autosufficienze - FNA;
- che la persona assistita sta beneficiando del contributo a favore della disabilità gravissima nell'ambito del FNA e che pertanto 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", all'intervento a favore di minori affetti da malattie rare di cui alla DGR n.475/2019; "Assegno di cura" rivolto agli anziani non autosufficienti.
- che la persona assistita è in vita alla data di presentazione della domanda;
- di avere n°..... figli minorenni presenti nel proprio nucleo familiare.

CHIEDE

Di poter accedere al contributo previsto per la figura del caregiver familiare ai sensi della DGR n.1028/2021

In caso di ammissione a beneficio, il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità, chiede che la liquidazione del contributo venga effettuata con la seguente modalità (*barrare con una X la casella che interessa e compilare le parti in bianco*):

A mezzo bonifico su C/C

Intestato a _____ CF: _____

Residente in via _____ Comune di _____

Codice IBAN in allegato (allegare fotocopia)

A mezzo bonifico su carta prepagata

Intestato a _____ CF: _____

Residente in via _____ Comune di _____

Codice IBAN in allegato (allegare fotocopia)

Si allegano alla presente:

- ISEE (DSU 2021) 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 _____