

**AL COORDINATORE DELL'ENTE  
CAPOFILA DELL'AMBITO  
TERRITORIALE SOCIALE N.6  
DI FANO**

**DGR n.1623/2022**  
**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. 1623 del 03/12/2022 recante: "Decreto 28/12/2021 del Ministro per le  
Disabilità di concerto con il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali - Fondo Nazionale per il sostegno  
del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare per l'anno 2021. Criteri per l'attuazione degli  
interventi e per il riparto delle risorse tra gli Ambiti Territoriali Sociali".*

**VISTO** l'Avviso dell'Ambito Territoriale Sociale 6 relativo all'intervento a favore del caregiver familiare

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà soggetto alla conseguenza di cui al Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii. e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di talune delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 D.P.R. 445/2000)

**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° \_\_\_\_\_

in qualità di: **BARRARE LE SEGUENTI INFORMAZIONI (obbligatorie)**

- coniuge;  
 altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76,  
 familiare o affine entro il secondo grado,

- di un familiare entro il terzo grado, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, (qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i sessantacinque anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti) che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di se', sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18”.
- che la persona disabile usufruisce di un'adeguata assistenza presso il suo domicilio fornita dal sottoscritto/a;
- 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 rientrante nella categoria prevista alla lettera \_\_\_\_ dell'art. 3 del D.M. 26/09/2016 (reperibile nel certificato);
- 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”, 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, Vita Indipendente.
- che la persona assistita è in vita alla data di presentazione della presente domanda;
- di possedere un valore Isee 2023 ordinario pari ad € \_\_\_\_\_;
- di aver preso visione dell'avviso pubblico e di accettarlo in tutte le sue parti.

### CHIEDE

Di poter accedere al contributo previsto per la figura del caregiver familiare ai sensi della DGR n. 1623 del 03/12/2022.

A tal fine allega:

- modello “Riscossione di benefici economici” - (Allegato C);
- 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 \_\_\_\_\_

**N.B. la richiesta dovrà essere inviata via PEC o mediante raccomandata con ricevuta di ritorno**