

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

**Decreto Ministeriale 27/10/2020  
Fondo CAREGIVER FAMILIARE  
Domanda contributo  
Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà  
(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.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 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 proprio 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 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 possedere un valore Isee ordinario pari ad € \_\_\_\_\_

di avere n°..... figli minorenni presenti nel proprio nucleo familiare.

di impegnarsi, fin d'ora, a partecipare alla sperimentazione relativa alla misurazione della “gravosità del carico assistenziale richiesto al caregiver familiare”, mediante la somministrazione del questionario (FNAq) appositamente predisposto:

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 Marche n.1028/2021

A tal fine allega:

- modello “Riscossione di benefici economici” - (Allegato C)
- documento di identità personale

### **DICHIARA a tal fine**

di essere informato che il trattamento dei propri dati personali forniti 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), saranno trattati, anche con modalità informatizzate, per le sole finalità del presente procedimento e potranno essere comunicati ai servizi interni del Comune capofila nonché alla Regione Marche.

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

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