



ALLEGATO B

AL COORDINATORE  
DELL'AMBITO TERRITORIALE  
SOCIALE N. 3 DI CAGLI

**DGR n.564/2023**  
**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. 564 del 28/04/2023 recante: "Decreto 17/10/2022 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 2022. Criteri per l'attuazione degli interventi e per il riparto delle risorse tra gli Ambiti Territoriali Sociali".*

**VISTO** l'Avviso dell'Ambito Territoriale Sociale 3 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. 564 del 28/04/2023.

Si allegano alla presente:

- ISEE (DSU) 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 \_\_\_\_\_