

**ALLEGATO B**

**AL COORDINATORE DELL'ENTE  
CAPOFILA DELL'AMBITO  
TERRITORIALE SOCIALE N. 16  
DI SAN GINESIO (MC)**

**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 16 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 (*allegare alla presente, copia del certificato di riconoscimento della disabilità gravissima rilasciato dalla Commissione Sanitaria*);

- 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 domanda;

### **CHIEDE**

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

Si allegano alla presente:

- ISEE (DSU 2022) 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 \_\_\_\_\_