

**AL COORDINATORE DELL'ENTE  
CAPOFILA DELL'AMBITO  
TERRITORIALE SOCIALE N.21  
DI SAN BENEDETTO DEL TRONTO**

**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.....

in qualità di caregiver familiare (ai sensi del comma 255 dell'art. 1 della Legge 27 Dicembre 2017, n.205 ) come di seguito specificato:

familiare convivente (entro il 4° grado e affine entro il 2°);

familiare non convivente (entro il 4° grado e affine entro il 2°);

soggetto convivente di fatto e/o altra parte dell'unione civile ai sensi della Legge 20 Maggio 2016 n. 76;

*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 n.21 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 \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ ( )

<input type="checkbox"/> che l'assistenza è prestata nel seguente modo:		
<b>Nominativo</b>	<b>Legame con assistito/a: figlio, nipote, fratello, etc.</b> <b>Oppure Badante regolarmente assunta</b>	<b>Tipologia di assistenza fornita</b> <b>(quotidiana, nel fine settimana, etc.)</b>
<b>Frequenza Scuola, Centro Diurno, altro (specificando monte ore settimanale e impegno orario)</b>		

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", 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.564 del 28/04/2023

e che le coordinate del conto corrente bancario/postale, eventualmente necessarie, sono le seguenti:

