

AL COORDINATORE DELL'ATS XIX
DI FERMO

Dichiarazione sostitutiva
(art. 46, 47 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

DGR n. 1385/2025
Fondo CAREGIVER FAMILIARE 2024
Domanda contributo

Domanda del CAREGIVER FAMILIARE

La sottoscritto/a

Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Residente a	
Via e Numero	
CAP	
Codice fiscale	
Numero di telefono	
Email	
PEC	

PRESA visione della DGR n. 1385 del 11/85/2025 recante: “Decreto del Ministro per le Disabilità del 08/01/2025 “Fondo unico per l’inclusione delle persone con disabilità per finanziare interventi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell’attività di cura non professionale del caregiver familiare per l’anno 2024”. Approvazione dei criteri di riparto delle risorse agli Ambiti Territoriali Sociali e delle modalità attuative dell’intervento”.

VISTO l’Avviso dell’Ambito Territoriale Sociale XIX 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 di cui al punto precedente 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.

Inoltre dichiara:

Che il beneficio dell’indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, sia stato riconosciuto alla persona assistita dal caregiver familiare a partire dalla data:_____

la persona in condizione di “disabilità gravissima”:

☐ è stata ricoverata nel 2024 presso strutture di qualsiasi tipo autorizzate, accreditate e convenzionate, pubbliche e private per i seguenti periodi:

Dal _____ al _____;

Dal _____ al _____;

Dal _____ al _____;

Per un totale di giorni complessivi di ricovero paria a _____

che la persona in condizione di “disabilità gravissima”

- che le coordinate del conto corrente bancario/postale sono le seguenti:**

presso Agenzia/filiale di.....

intestato a

CODICE IBAN (coordinata bancaria internazionale che consente di identificare il/c del beneficiario)

[illegible]

**Visto quanto segue
CHIEDE**

Di poter accedere al contributo di cui alla DGR n. 1385 del 11/08/2025.

ALLEGA

- | |
|--|
| -ISEE (DSU) del sottoscritto;
-copia di un documento d'identità valido del sottoscrittore;
-copia di un documento della banca in cui sia riportato il codice IBAN completo di nominativo/i dell'intestatario/i, al fine di poter gestire eventuali errori o illeggibilità del codice IBAN. |
|--|

AUTORIZA

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.

Data

--

FIRMA

È consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000).