

(Mod A)

**Oggetto: DOMANDA PER L'ACCESSO AL BUDGET DI SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA DI CAREGIVER FAMILIARE ANNUALITA' 2024**

Il/la sottoscritto/a (caregiver) COGNOME \_\_\_\_\_  
 NOME \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
 Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ tel./cell \_\_\_\_\_  
 email/PEC \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter accedere al contributo una tantum di € 500,00 di cui alla D.G.R. n. 1092 del 04/08/2025.

**DICHIARA**

(ai sensi degli art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci o forma, esibisce, si avvale di atti falsi ovvero non più rispondenti a verità e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative e di decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato)

di assistere in maniera continuativa, di essere il caregiver familiare, ai sensi del comma 255 dell'art. 1 della legge 27 dicembre 2017 n. 205 il/la sig./sig.ra

Cognome	Nome	Codice fiscale

Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Documento di identità

Comune di residenza	Prov.	Indirizzo

Comune di Lucera Prot. in partenza N. 0021295 del 28-04-2026 - Cat.1 Class.1

COMUNE DI CASALVECCHIO DI PUGLIA - Prot. n. 0003165 del 28/04/2026 - ARRIVO

- di avere il seguente rapporto di parentela o affinità:

- |  |   |  |                                      |
|--|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> coniuge       | <input type="checkbox"/> unito civilmente | <input type="checkbox"/> convivente      | <input type="checkbox"/> padre/madre |
| <input type="checkbox"/> figlio/figlia | <input type="checkbox"/> fratello/sorella | <input type="checkbox"/> genero/nuora    | <input type="checkbox"/> nonno/nonna |
| <input type="checkbox"/> nipote        | <input type="checkbox"/> suocero/suocera  | <input type="checkbox"/> cognato/cognata | <input type="checkbox"/> _____       |

di avere un ISEE 2026 di € \_\_\_\_\_;

che la persona disabile assistita è in possesso del certificato di riconoscimento di disabilità gravissima come definita dall' articolo ai sensi dell'art. 3 comma 3 della l. 104/92, rilasciato dalla Commissione Sanitaria, completa ed in corso di validità;

che la persona disabile assistita è in possesso dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, riconosciuto a partire dalla data \_\_\_\_\_;

che la persona disabile assistita **non** è ricoverata presso strutture residenziali sociosanitarie e sanitarie assistenziali;

di non essere beneficiario della misura Sostegno familiare;

- che il nucleo familiare è:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nucleo privo di reddito          | <input type="checkbox"/> Nucleo monoreddito                      |
| <input type="checkbox"/> Nucleo con due redditi da lavoro | <input type="checkbox"/> Nucleo con più di due redditi da lavoro |

- che l'attività di caregiver si sostanzia in uno o più delle sotto elencate azioni:  
(segnare l'azione svolta in maniera continuativa):

- preparazione e somministrazione pasti;
- cura e igiene del luogo di vita;
- somministrazione farmaci;
- supporto alle attività di socializzazione e ricreazione;
- accompagnamento presso servizi sociali/socio-assistenziali/sociosanitari/sanitari;
- disbrigo di pratiche e attività di natura burocratica (posta, banca);
- compagnia;
- cura della persona e igiene personale;
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

