



**ALLEGATO B**

**AL COORDINATORE DELL'ENTE  
CAPOFILA DELL'AMBITO  
TERRITORIALE SOCIALE N.17  
DI: SAN SEVERINO MARCHE**

**Decreto Ministeriale 27/10/2020  
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.1028 dell'11/08/2021 recante: "Decreto 27/10/2020 del Ministro delle Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Fondo Nazionale per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare per gli anni 2018-2019-2020. Criteri per l'attuazione degli interventi e per il riparto delle risorse tra gli Ambiti Territoriali Sociali".*

**VISTO** l'Avviso dell'Ambito Territoriale Sociale 17 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;
- che la persona assistita sta beneficiando del contributo a favore della disabilità gravissima nell'ambito del FNA e che pertanto 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, contributo regionale e ministeriale "Vita Indipendente";
- che la persona assistita è in vita alla data di presentazione della domanda;
- di avere n° ..... figli minorenni presenti nel proprio nucleo familiare.

**CHIEDE**

Di poter accedere al contributo previsto per la figura del caregiver familiare ai densi della DGR n.1028/2021



---

## DICHIARA

Che, qualora risultasse beneficiario del contributo, la modalità di riscossione è la seguente:

- Riscossione tramite Conto corrente bancario/postale intestato o co-intestato al sottoscritto (non sono validi libretti postali):

IBAN: \_\_\_\_\_

Presso filiale \_\_\_\_\_

Si allegano alla presente:

- ISEE **ordinario** (DSU 2021) 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 \_\_\_\_\_