

**DGR n. 802/2024**  
**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. 802 del 27/05/2024 recante: “Decreto del Ministro per le Disabilità di concerto con il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 30/11/2023 “Fondo Nazionale per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare per l’anno 2023”. Approvazione dei criteri di riparto delle risorse agli Ambiti Territoriale Sociali e delle modalità attuative dell’intervento”.*

**VISTO** l’Avviso dell’Ambito Territoriale Sociale n. 1 relativo all’intervento a favore del caregiver familiare

**CHIEDE**

Di poter accedere al contributo previsto per la figura del caregiver familiare ai sensi della DGR n. 802 del 27/05/2024.

Consapevole delle sanzioni amministrative e delle responsabilità penale cui può andare incontro, ai sensi degli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di affermazioni false o contenenti dati non veritieri, ai sensi degli articoli 48 e 47 del citato decreto;

**DICHIARA** sotto la propria responsabilità:

(Barrare la casella di interesse)

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 operante presso l'Azienda Sanitaria Territoriale - AST di Pesaro-Urbino nell'ambito dell'intervento "Disabilità gravissima" sostenuto con il Fondo Nazionale per le non autosufficienze - FNA;

di avere presentato presso un CAF o personalmente, ai sensi della vigente normativa, la DSU del proprio nucleo Familiare in data .....

che la persona assistita:

non beneficia del contributo per l'intervento: "Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver attraverso l'incremento del contributo alle famiglie per l'assistenza a persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica",

non beneficia del contributo per l'intervento "Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste un familiari 0-25 anni affetto da una malattia rara di cui alla DGR n.475/2019";

non beneficia del contributo per l'intervento "Assegno di cura" rivolto agli anziani non autosufficienti,

non beneficia del contributo per l'intervento "Vita Indipendente",

che la persona assistita è **in vita** alla data di presentazione della domanda;

#### DICHIARA inoltre

di aver preso visione dell' "AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI CONTRIBUTO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE";

di essere consapevole che i contributi di cui al presente intervento verranno assegnati nel rispetto dell'ordine della graduatoria e fino al raggiungimento dell'importo massimo delle risorse assegnate dalla Regione Marche all'ATS1;

di essere a conoscenza che il Comune verificherà la veridicità delle dichiarazioni sostitutive di atto notorio e delle certificazioni contenute nella domanda di contributo, con particolare riguardo alle dichiarazioni ISEE, ricorrendo ai competenti Uffici del Comando Provinciale della Guardia di Finanza per gli accertamenti di competenza. Qualora dai controlli emergano abusi o false dichiarazioni, fatta salva l'attivazione delle necessarie procedure di legge, il Comune adotterà ogni misura utile a sospendere e/o revocare i benefici concessi;

di impegnarsi a comunicare, all'ufficio comunale, per iscritto eventuali variazioni di indirizzo/ recapito o altre condizioni, come sopra dichiarati, consapevole che la mancata comunicazione della variazione di domicilio è diretta responsabilità dell'aspirante ed esime il Comune da ogni e qualsiasi responsabilità relativa alla mancata comunicazione di notizie in ordine ai procedimenti attivati, a tale proposito dichiara che ogni comunicazione relativa alla presente domanda venga inviata:

