



ALLEGATO B

Al Signor Sindaco del Comune di

**AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI CONTRIBUTO PER IL SOSTEGNO DEL
RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE**

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

Il/la sottoscritto/a

nato/a a ilresidente 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 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.1028/2021.

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 della Area Vasta n. ____ di
_____ 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 sta beneficiando del contributo a favore della disabilità gravissima nell'ambito
del FNA 2020 di cui all'Avviso Pubblico dell'ATS1, approvato con determinazione n. 46 del 15/01/2021, ed
afferente i comuni dell'ATS1 di Gabicce Mare - Gradara - Mombaroccio - Montelabbate - Pesaro - Tavullia
- Vallefoglia;

che la persona assistita:

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";

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";

beneficia dell'intervento a favore di minori
affetti da malattie rare di cui alla DGR
n.475/2019;

non beneficia dell'intervento a favore di
minori affetti da malattie rare di cui alla DGR
n.475/2019;

beneficia dell'Assegno di cura" rivolto agli
anziani non autosufficienti;

non beneficia dell'Assegno di cura" rivolto
agli anziani non autosufficienti;

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

di avere n°..... figli minorenni presenti nel proprio nucleo familiare;

DICHIARA inoltre

DICHIARA INOLTRE

di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati (Regolamento Europeo 2016/679 e D.Lgs. 196/03 privacy), e dell'avvio del procedimento (L. 241/1990 modificata dalla L.15/05), sulla base delle indicazioni riportate in calce all'Avviso pubblico e al presente modulo e di avere stampato e trattenuto copia delle predette informative.

Luogo e data _____ Firma del Richiedente _____