**ALLEGATO B**

**Al Coordinatore dell’Ente Capofila  
dell’Ambito Territoriale Sociale n. 4-Urbino  
Dott.ssa Elena Pazzaglia**

|  |
| --- |
| **DGR n.1623/2022**  **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. 1623 del 03/12/2022 recante:“Decreto 28/12/2021 del Ministro per le Disabilità di concerto con il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali - Fondo Nazionale per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare per l’anno 2021. 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.4 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 via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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 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, Vita Indipendente.

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

**CHIEDE**

Di poter accedere al contributo previsto per la figura del caregiver familiare ai sensi della DGR n. 1623 del 03/12/2022.

Si allegano alla presente:

- ISEE (DSU 2023) 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COORDINATE BANCARIE PER RISCOSSIONE CONTRIBUTO**

Nel caso in cui la domanda dovesse avere esito positivo si indicano di seguito le coordinate bancarie per riscossione contributo:

**Codice IBAN del c/c:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Intestato al richiedente il beneficio:**

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale intestatario Iban:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**IL /LA DICHIARANTE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(firma per esteso e leggibile)**