

**AL COORDINATORE DELL’ENTE CAPOFILA DELL’AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. 7 FOSSOMBRONE**

**Corso Garibaldi, 8 – 61034 Fossombrone (PU)**

**Email:** **comune.fossombrone@provincia.ps.it**

**Pec: comune.fossombrone@emarche.it**

|  |
| --- |
| **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. 802/2024 recante: “Decreto 17/10/2022 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 2023. Criteri per l’attuazione degli interventi e per il riparto delle risorse tra gli Ambiti Territoriali Sociali”.*

**VISTO** l’Avviso dell’Ambito Territoriale Sociale 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 operante presso l’Azienda Sanitaria Territoriale AST 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”, familiari 0-25 anni 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;

**DICHIARA inoltre**

* di aver preso visione dell’“Avviso pubblico per l’erogazione di contributi a sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare di utenti in possesso del riconoscimento della disabilità gravissima attestata dalla commissione sanitaria provinciale;
* di essere consapevole che gli interventi di cui al richiamato avviso sono realizzati per gli importi definiti dalla regione solo entro i limiti delle risorse trasferite all’ATS 7;
* di essere a conoscenza che il comune potrà verificare 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;

**CHIEDE**

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

Si allegano alla presente:

* ISEE (DSU 2024) del sottoscritto;
* copia di un documento d’identità in corso di validità del sottoscrittore;
* copia di un documento della banca/posta in cui sia riportato il codice IBAN del caregiver.

In caso di ammissione a beneficio, il/la sottoscritto/a sollevando l’Ente da ogni responsabilità, chiede che la liquidazione del beneficio venga effettuata

**Mediante versamento conto corrente (bancario o postale) intestato al sottoscritto DA ALLEGARE alla presente.**

**NON SARA’ POSSIBILE PROCEDERE** con l’erogazione del contributo ai soggetti titolari di CONTO CORRENTE POSTALE ASSOCIATO **A LIBRETTO**.

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