

**AL COORDINATORE DELL'ENTE
CAPOFILA DELL'AMBITO TERRITORIALE
SOCIALE XIX
DI FERMO**

**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 XIX 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.

CHIEDE

