



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. 1623 del 03/12/2022 ad oggetto: "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. 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.1623/2022.

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 ha beneficiato del contributo a favore della disabilità gravissima nell'ambito del FNA 2021 di cui all'Avviso Pubblico dell'ATS1, approvato con determinazione n. 50 del 18/01/2022, ed afferente i comuni dell'ATS1 di Gabicce Mare - Gradara - Mombaroccio - Montelabbate - Pesaro - Tavullia - Vallefoglia;

che la persona assistita:

beneficia del contributo denominato *"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 del contributo relativo ai *"minori affetti da malattie rare di cui alla DGR n.475/2019"*

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

beneficia del contributo relativo alla *"Vita Indipendente"*

non beneficia del contributo denominato *"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 relativo ai *"minori affetti da malattie rare di cui alla DGR n.475/2019"*

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

non beneficia del contributo relativo alla *"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 gli interventi di cui al richiamato avviso sono realizzati per gli importi definiti dalla Regione solo entro i limiti delle risorse trasferite 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:
- al luogo di residenza
- oppure
- al seguente indirizzo _____

COMUNICA

che qualora il contributo fosse riconosciuto, i riferimenti per la riscossione sono i seguenti:

Conto corrente per accredito intestato o cointestato al caregiver familiare

Banca

CODICE IBAN (coordinata bancaria internazionale che consente di identificare il c/c del beneficiario)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ALLEGA

- copia del documento di riconoscimento in corso di validità ovvero recante in calce la dichiarazione che i dati ivi trascritti sono tuttora validi e veritieri, in alternativa all'autenticazione della sottoscrizione.
ovvero per i cittadini non appartenenti a Paesi dell'Unione europea:
- copia del titolo di soggiorno;
- copia di un documento della banca in cui sia riportato il codice IBAN, al fine di poter gestire eventuali errori o illeggibilità del codice IBAN sopra riportato

DICHARA 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 _____