

Comune di \_\_\_\_\_

PEC: \_\_\_\_\_

**Oggetto: Domanda di partecipazione “Avviso pubblico per l’accesso al contributo economico destinato ai caregiver familiari - Fondo Nazionale per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del Caregiver Familiare per gli anni 2021 e 2022”**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA (AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000)

Il/La sottoscritto/a (Cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

codice fiscale \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),

in via \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_,

cell.\* \_\_\_\_\_, e-mail\* \_\_\_\_\_,

Consapevole che la falsità in atti e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e che, laddove dovesse emergere la non veridicità di quanto qui dichiarato, si avrà la decadenza dai benefici eventualmente ottenuti ai sensi dell’art. 75 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e l’applicazione di ogni altra sanzione prevista dalla legge, nella predetta qualità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

**DICHIARA**

Di essere il caregiver familiare che fornisce assistenza continuativa prevalente e globale al sig./ra:

(cognome e nome) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

CAP \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;

**in qualità di:**

coniuge;

- altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della Legge 20 maggio 2016, n.76
- Familiare e/o affine di secondo grado (specificare il grado di parentela) \_\_\_\_\_;
- Familiare e/o affine di terzo grado – art. 33, comma 3 Legge 5 febbraio 1992, 104 (specificare il grado di parentela) \_\_\_\_\_;
- Di essere in possesso di cittadinanza italiana, ovvero essere in possesso di regolare permesso di soggiorno (di durata superiore a sei mesi)
- di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_;
- di aver compiuto 18 anni di età ed essere in condizione di autosufficienza;
- di avere acquisito il consenso della persona a cui presto assistenza, di un suo amministratore di sostegno, tutore o curatore;

**di rientrare in una delle seguenti fattispecie tipologie di intervento (*barrare con una x*):**

**1. Caregiver di persone in condizione di disabilità gravissima, come definita all'art. 3 del DM 26 settembre 2016, (comprovata da idonea documentazione di cui all'art. 2 comma 2 del presente Avviso)**

- caregiver di persone che non hanno avuto accesso al Fondo per le disabilità gravissime per mancanza di risorse
- caregiver di persone che non sono beneficiarie di altri contributi facenti capo allo stesso ambito di risorse o prestazioni assistenziali
- caregiver non beneficiari di congedi straordinari retribuiti di cui alla L. 104/92, art. 33;
- caregiver familiari monoreddito o (nuclei monoparentali nucleo familiare composto da un solo genitore)

**2) Presenza programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita:**

- caregiver di persone che non sono inserite nei percorsi di deistituzionalizzazione per il Dopo di noi
- caregiver non beneficiari di congedi straordinari retribuiti di cui alla L. 104/92, art. 33
- caregiver familiari monoreddito o nuclei monoparentali

**che nel proprio nucleo familiare (*barrare con una x*):**

- è presente almeno un disabile (art. 3 comma 3 L. 104/1992) ulteriore rispetto al disabile gravissimo assistito;
- è presente esclusivamente il caregiver familiare ed il disabile gravissimo;
- è presente almeno una persona anziana (=>65 anni) diverso dal disabile gravissimo assistito.

**inoltre dichiara di (barrare con una x):**

- essere percettore di altro assegno di cura, finalizzato a sostenere le funzioni assistenziali dei genitori che si assumono in proprio l'onere dell'assistenza alla persona di minore età con disabilità gravissima pari ad euro \_\_\_\_\_ mensili;
- essere percettore di assegno di cura pari ad euro \_\_\_\_\_ mensili;
- non essere percettore di assegno di cura;

**di possedere un valore di ISEE ordinario pari ad € \_\_\_\_\_;**

- di aver preso visione dell'Avviso Pubblico di cui all'oggetto, di accettarlo in tutte le sue parti e di essere consapevole che sarà riconosciuto un contributo economico una tantum di euro 400,00 per annualità. In ogni caso in presenza di altri contributi, la somma di euro 400,00 può essere ridotta, fino alla concorrenza massima di tutti i contributi percepiti pari a euro 1.200,00 mensili (esempio: nel caso di altri contributi percepiti pari a € 1.000,00, l'assegno di cura riconoscibile sarà di € 200,00). Tale tetto è ridotto ad € 1.000,00 mensili quando la persona è già beneficiaria di un assegno di cura finalizzato a sostenere le funzioni assistenziali dei genitori che si assumono in proprio l'onere dell'assistenza alla persona di minore età con disabilità gravissima.

### **CHIEDE**

di poter accedere al contributo previsto per la figura del caregiver familiare ai sensi della DGR 565/2021.

**A tal proposito di seguito viene rilasciato il CONSENSO DELLA PERSONA ASSISTITA o di un suo amministratore di sostegno, di un suo tutore o curatore**

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_,

in qualità di \_\_\_\_\_

Fornisce il proprio consenso al proprio caregiver \_\_\_\_\_ per la presentazione della domanda di accesso al "contributo economico di sostegno al ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare" (DGR 565/2021).

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

Firma dell'assistito \_\_\_\_\_

**SI COMUNICA**

Che il c/c su cui versare il contributo a seguito di ammissione è un:

- Conto corrente bancario
- Conto corrente postale
- Postepay Evolution

Non sono ammessi libretti postali e/o bancari

Ed ha il seguente IBAN:

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

*N.B. L'iban deve essere intestato al richiedente e/o cointestato*

**SI AUTORIZZA**

il Comune di \_\_\_\_\_ al trattamento dei dati personali forniti nel corso delle procedure legate al presente Avviso, esclusivamente per le finalità relative al procedimento amministrativo per il quale essi vengono comunicati e per finalità gestionali e statistiche, secondo le modalità previste dalle leggi e dai regolamenti vigenti, anche mediante l'ausilio di mezzi elettronici o automatizzati, ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (art. 13 del Regolamento (UE) n. 2016/679 – “G.D.P.R. 2016/679”), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Indica quale referente per la seguente procedura \_\_\_\_\_.

Cell \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Pec \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Si allegano alla presente:

- o Certificazione sanitaria rilasciata da una struttura pubblica attestante la patologia determinante dipendenza vitale e il grado di non autosufficienza/gravità, secondo le schede di riferimento di cui all'art. 3 del DM 26 Settembre 2016;
- o Verbale di riconoscimento dell'invalidità civile al 100% e dell'indennità di accompagnamento, in corso di validità;
- o Certificazione ai sensi dell'art. 3 co. 3 della L. n. 104/1992, in corso di validità;
- o Attestazione ISEE in corso di validità e di regolarità, con limite, per accesso al contributo di € 50.000,00;
- o Copia del documento di identità in corso di validità del Caregiver Familiare richiedente il contributo;
- o Copia del documento di identità in corso di validità della persona assistita;
- o Copia dell'eventuale Decreto di nomina di tutela, curatela o di amministrazione di sostegno;

(Luogo e data)

Firma del caregiver

\_\_\_\_\_  
Firma dell'assistito

COMUNE DI CASTROLIBERO  
 Protocollo Arrivo N. 11701/2025 del 08-05-2025  
 Doc. Principale - Class. 7.15 - Copia Documento