**Ambito Territoriale Sociale n.5**

**Belforte all’Isauro, Carpegna, Frontino, Lunano, Macerata Feltria, Mercatino Conca, Montecerignone, ,Monte Grimano Terme, Piandimeleto, Pietrarubbia, Sassocorvaro Auditore, Tavoleto**

 ****

**UNIONE MONTANA DEL MONTEFELTRO**

**Piazza Conti 1**

**61021 Carpegna PU**

**Pec** **ats5montefeltro@emarche.it**

|  |
| --- |
| **Decreto Ministeriale 28/12/2021** **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.1623/2022** *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 assistenza del caregiver familiare 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 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 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 sta beneficiando del contributo a favore della disabilità gravissima nell’ambito del FNA e che pertanto 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.

□ 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 densi della DGR n.1623/2022

In caso di ammissione a beneficio, il sottoscritto/a sollevando l’Ente da ogni responsabilità, chiede che la liquidazione del contributo venga effettuata con la seguente modalità *(barrare con una X la casella che interessa e compilare le parti in bianco*:

* **A mezzo bonifico su C/C**

Intestato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice IBAN in allegato (allegare fotocopia)

* **A mezzo bonifico su carta prepagata**

Intestato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice IBAN in allegato (allegare fotocopia)

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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_