

Modulo Allegato B

AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI ACCESSO AL “BUDGET DI SOSTEGNO AL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE”

Il/la sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____ nato/a _____

Il _____ nel Comune di _____ Prov. _____ Stato _____
residente nel Comune di _____ in _____

Via / P.zza _____ n.° _____ CAP _____ tel. _____
cell. _____ Codice Fiscale _____ Indirizzo email _____;

in qualità di caregiver familiare (Art. 1 dell’Avviso pubblico) di:

Nome _____ Cognome _____ nato/a il _____ a _____ Prov. _____
residente in _____ Via / P.zza n.° _____

CAP _____ domiciliato presso _____
CAP _____ tel. _____ cell. _____ Codice
Fiscale _____ Indirizzo email _____;

DICHIARA

Di essere:

- maggiorenne e residente nel comune di _____;

DICHIARA INOLTRE

(ai sensi dell’art. 71 D.P.R. 445/2000)

- di essere caregiver di una persona con disabilità gravissima

Il disabile gravissimo non autosufficiente assistito dal caregiver familiare è percettore di indennità di accompagnamento

- sì no

Se SI' INSERIRE OBBLIGATORIAMENTE Data Verbale di Invalidità Civile: _____
Categoria di Invalidità: _____

Rapporto del caregiver con l'assistito ai sensi dell'art. 1, comma 255 della L. 30 dicembre 2017 n. 205

- coniuge
- altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso
- convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76
- familiare entro il secondo grado
- affine entro il secondo grado
- parente o affine entro il terzo grado*

*A tal fine dichiara che i genitori o il coniuge dell'assistito:

- hanno compiuto i sessantacinque anni di età
- sono anche essi affetti da patologie invalidanti
- sono deceduti o mancanti

che la propria situazione reddituale, risultante da certificazione ISEE ORDINARIO è pari ad € _____ ;

- di trovarsi nella condizione di
 - occupato
 - inoccupato o disoccupato a causa del lavoro di cura alla persona disabile;

- nel proprio nucleo familiare è presente:
 - un disabile ulteriore rispetto al disabile assistito
 - una persona anziana (=>65 anni) diverso dal disabile gravissimo assistito
 - esclusivamente il caregiver familiare e il disabile gravissimo

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, punite dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.



Avetrana, Fragagnano, Lizzano, Manduria, Maruggio, Sava, Torricella, ASL TA

DATA _____

FIRMA _____

Allegati:

- copia del certificato di invalidità che attesti la condizione di non autosufficienza e indennità di accompagnamento
- documento di identità in corso di validità del caregiver e del disabile assistito;
- dichiarazione di impegno (allegato D)
- ISEE Ordinario in corso di validità del nucleo familiare del caregiver;
- attestazione bancaria che riporti il codice IBAN intestato al Caregiver richiedente il beneficio;
- ogni altra utile documentazione relativa a consentire la valutazione dei punteggi
- Informativa privacy firmata