



Allegato "B"

**AL COORDINATORE
DELL'ENTE CAPOFILA
DELL'AMBITO
TERRITORIALE SOCIALE N.
12
DI: _____**

Dichiarazione sostitutiva
(art. 46/47 DPR 28/12/2000, n. 445)

DGR n. 1385/2025
Fondo CAREGIVER FAMILIARE 2024
Domanda contributo
(ai sensi del D.M. 08/01/2025)

Domanda del CAREGIVER FAMILIARE

Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Residente a	
Via e Numero	
CAP	
Codice fiscale	
Numero di telefono	
Email	
PEC	

Il/La sottoscritto/a

PRESA visione della DGR n. 1385 del 11/85/2025 recante: "Decreto del Ministro per le Disabilità del 08/01/2025 "Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità per finanziare interventi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale del caregiver familiare per l'anno 2024". Approvazione dei criteri di riparto delle risorse agli Ambiti Territoriali Sociali e delle modalità attuative dell'intervento".



VISTO l'Avviso dell'Ambito Territoriale Sociale relativo all'intervento a favore del caregiver familiare

DICHIARA

- 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 di cui al punto precedente 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.

Inoltre dichiara:

1. Che il beneficio dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, sia stato riconosciuto alla persona assistita dal caregiver familiare a partire dalla data:

2. la persona in condizione di "disabilità gravissima":

- ☐ è stata ricoverata nel 2024 presso strutture di qualsiasi tipo autorizzate, accreditate e convenzionate, pubbliche e private per i seguenti periodi:

1) _____ Dal _____ al _____;

2) Dal _____ al _____;

3) Dal _____ al _____;

per un totale di giorni complessivi di ricovero pari a _____

- ☐ è deceduta in data

3. che la persona in condizione di "disabilità gravissima"

- ☐ non beneficia del contributo regionale "Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)";



- 4. che le coordinate del conto corrente bancario/postale sono le seguenti:**

- [illegible]

Ufficio di Ambito: tel 071.9177545-546-547-548 fax 071.9177326
ambitosociale12@comune.falconara-marittima.an.it



**Ambito
Territoriale n.12
Sociale**

Agugliano
Camerata Picena
Chiaravalle
Falconara Marittima
Montemarciano
Monte San Vito
Polverigi

Data

FIRMA

È consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.

Regione Marche - Ambito Territoriale Sociale 12

Comuni di: *Falconara M.ma* (Capofila)
Agugliano, Camerata Picena, Chiaravalle,
Monte San Vito, Montemarciano e Polverigi

Ufficio di Ambito: tel 071.9177545-546-547-548 fax 071.9177326
ambitosociale12@comune.falconara-marittima.an.it