

MODULO DI DOMANDA PER L'ACCESSO AL CONTRIBUTO

"BUDGET DI SOSTEGNO AL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE 2024"

Il/la sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____
nato/a il _____ nel Comune di _____ Prov. _____
Stato _____ e residente nel Comune di _____
Prov. _____ in Via / P.zza _____ n.° _____
CAP _____ tel. _____ cell. _____
indirizzo e-mail _____ Codice Fiscale _____;

in qualità di caregiver familiare di:

Nome _____ Cognome _____
nato/a il _____ nel Comune di _____ Prov. _____
Stato _____ e residente nel Comune di _____
Prov. _____ in Via / P.zza _____ n.° _____
CAP _____ tel. _____ cell. _____
indirizzo e-mail _____ Codice Fiscale _____;

DICHIARA

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

di risiedere in uno dei seguenti Comuni: Modugno – Bitetto – Bitritto;

di essere caregiver familiare di una persona con disabilità gravissima, riconosciuta ai sensi dell'articolo 3 comma 3 della Legge 104/92, accertata con certificazione di riconoscimento della disabilità n. _____ del _____;

di essere caregiver familiare di una persona titolare di indennità di accompagnamento, ai sensi della legge 11 febbraio 1980 n. 18, rilasciato dalla Commissione Sanitaria e accertata con verbale di riconoscimento n. _____ del _____;

di prestare il servizio di assistenza in maniera globale e continuativa presso l'abitazione della persona assistita;

di essere caregiver familiare di persona con disabilità che NON beneficia della misura "Sostegno familiare 2025";

di essere caregiver familiare di persona con disabilità NON ospitata presso strutture residenziali sociosanitarie e sanitarie assistenziali;

di essere in possesso di un'attestazione ISEE ordinario 2026 del nucleo familiare pari a euro _____, il cui valore NON è dunque superiore a euro 60.000,00 in caso di caregiver di adulti in condizione di disabilità, ovvero NON è superiore a euro 80.000,00 in caso di caregiver di minori in condizioni di disabilità.

A pena di esclusione, ALLEGA

copia del documento di identità in corso di validità del caregiver familiare;

copia del documento di identità in corso di validità della persona assistita;

copia dell'attestazione ISEE ordinario 2026 del caregiver familiare in corso di validità, privo di omissioni e difformità;

copia della certificazione di riconoscimento della disabilità dell'assistito, ai sensi dell'articolo 3 comma 3 della Legge 104/92;

copia del verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento dell'assistito, ai sensi della legge 11 febbraio 1980 n. 18;

attestazione bancaria/postale che riporti il codice IBAN intestato al caregiver richiedente il beneficio;

copia della delega, nell'ipotesi di delega a terzi.

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.

LUOGO E DATA _____

FIRMA _____

Consapevole che tutti i dati personali conferiti con il presente modulo saranno trattati nel rispetto dei principi di cui al Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018, esclusivamente per le finalità connesse alla gestione della presente richiesta.

LUOGO E DATA _____

FIRMA _____