<u>MODELLO DI DOMANDA</u>: BENEFICI A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE PER L'ANNO 2024

(si prega di scrivere in modo leggibile e in stampatello)

DATI DEL CAREGIVER – PERSONA CHE ASSISTE

COGNOME_____**NOME**_____

DATA DI NASCITA: ____/____/_____ **LUOGO DI NASCITA:** _____

COMUNE RESIDENZA E PROVINCIA_____(____)

TELEFONO: _____ **MAIL**: _____

VALORE ISEE ORDINARIO (in €): _____

CODICE FISCALE: _____

IBAN: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

<u>(NO LIBRETTO POSTALE, si consiglia di allegare anche copia di un documento della banca in cui sia riportato il codice)</u>

DATI DEL FAMILIARE ASSISTITO

COGNOME_____ **NOME** _____

DATA DI NASCITA: ____/____/_____ **LUOGO DI NASCITA:** _____

COMUNE RESIDENZA E PROVINCIA: _____ (____)

CODICE FISCALE: _____

INDICARE LA CERTIFICAZIONE SANITARIA INDICANDO LA TIPOLOGIA DI DISABILITÀ GRAVISSIMA E/O INVALIDITÀ <u>(da allegare alla presente a pena di esclusione):</u>

_____

_____

_____

_____

_____

IL CAREGIVER DICHIARA di **CONVIVERE** con il Congiunto Convivente in condizione di disabilità gravissima (barrare la voce):

- □ Stesso DOMICILIO;
- □ Stessa RESIDENZA;

DICHIARA INOLTRE:

- ☑ Di assistere il **CONGIUNTO CONVIVENTE** in condizione di disabilità gravissima, così come definita dall'art. 3 del decreto 26 settembre 2016 del Ministro del lavoro e delle politiche sociali;
- ☑ Di aver preso visione per intero dell'Avviso Pubblico;
- ☑ Di essere consapevole della verifica delle certificazioni sanitarie con U.V.M. presso i Distretti Sanitari;
- ☑ Di essere consapevole delle condizioni di INCOMPATIBILITA' per la fruizione dei contributi oggetto della presente istanza, e DICHIARA di NON ESSERE ASSEGNATARIO dei benefici incompatibili con l'intervento indicati nell'Avviso Pubblico;
- ☑ Di essere consapevole delle modalità, calcolo e tempistiche dell'erogazione del beneficio esplicitate nell'Avviso Pubblico;
- ☑ Di essere consapevole che l'amministrazione anche attraverso gli Assistenti Sociali del Segretariato Sociale;
- ☑ di avere preso atto e accettare integralmente i criteri e le condizioni di erogazione del beneficio;
- ☑ di essere consapevole che l'erogazione del contributo è subordinata alla sottoscrizione dell'apposito Accordo di fiducia tra il Caregiver e l'Unione dei Comuni Montagna Marsicana ADS n.2 Marsica;

DICHIARA inoltre di essere consapevole che con la firma le dichiarazioni rese nell'istanza costituiscono autocertificazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e che potranno essere eseguiti dei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rilasciate secondo quanto previsto dalla normativa vigente e per gli effetti dalla stessa stabiliti, ivi inclusa la decadenza o la revisione dal beneficio concesso, anche attraverso la richiesta di stipula di relazioni e/o questionari da parte dell'Amministrazione.

Qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il dichiarante (caregiver) oltre a rispondere ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n.445/200 ss.mm.ii., decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Si allega alla presente:

- fotocopia documento di identità in corso di validità del caregiver e del familiare assistito;
- titoli di soggiorno o domicilio laddove ricorre il caso;
- certificazione/i sanitarie del familiare assistito;
- modello **ISEE ORDINARIO DEL CAREGIVER** in corso di validità, con scadenza al 31/12/2026;

Luogo e data

_____

IL DICHIARANTE (CAREGIVER)

_____

Unione dei Comuni Montagna Marsicana in partenza

Indirizzo: Via Monte Velino, 61 – Avezzano (AQ) - 67051
C.F. e P.I.: 90058010662
PEC: montagnamarsicana@pec.it
PEO: ufficiosociale@montagnamarsicana.it – sociale2@montagnamarsicana.it
Telefono: 0863/22143