



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

**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